



# SAÚDE <sup>e</sup> SOCIEDADE

Anais  
EPATESPO 2012

out 2012

ISSN 0104 - 1290

21/Supl.2

**Saúde e Sociedade** é uma revista que tem por finalidade divulgar a produção das diferentes áreas do saber, sobre práticas de saúde, visando ao desenvolvimento interdisciplinar do campo da saúde pública. Destina-se à comunidade de profissionais do campo da saúde, docentes, pesquisadores, especialistas da área de Saúde Pública/Coletiva e de áreas afins. Uma iniciativa interinstitucional da Faculdade de Saúde Pública da USP e da Associação Paulista de Saúde Pública.

The purpose of the journal **Saúde e Sociedade** is to disseminate the production of different areas of knowledge about health practices, aiming at the interdisciplinary development of the field of public health. It is designed for the community of healthcare professionals, lecturers, researchers, experts of the Public/Collective Health Area and related areas. It is an interinstitutional effort of Faculdade de Saúde Pública/ USP and Associação Paulista de Saúde Pública.



## Faculdade de Saúde Pública da USP

### Diretora/Dean

Helena Ribeiro

### Vice-Diretor/Vice-Dean

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

## Associação Paulista de Saúde Pública

### Presidente/President

Paulo Fernando Capucci

### Vice-Presidente/Vice-President

Marília Cristina P. Louvison

### Diretora de Extensão/Extension Officer

Daniele Pompei Sacardo

### Diretor de Comunicação/Communication Officer

Marco Antonio Manfredini

### Diretora de Finanças/Financing Officer

Cleide Lavieri Martins

### Coordenador do Congresso da APSP/Congress Coordinator of APSP

Jorge Harada

## Conselho de Editores/Publish Committee

Aurea Maria Zöllner Ianni - FSP/USP

Fabiola Zioni - FSP/USP

Irineu Francisco Barreto Jr - Fundação Seade e APSP

Mara Helena de Andréa Gomes - UNIFESP e APSP

Nivaldo Carneiro Junior - FCMSCSP, FMABC e APSP

Paulo Antonio de Carvalho Fortes - FSP/USP

Rubens de Camargo Ferreira Adorno - FSP/USP

## Editores/Editors

Cleide Lavieri Martins - FSP/USP e APSP

Helena Ribeiro - FSP/USP

### Secretária/Secretary

Ana Paula Labate

Rita de Andréa Gomes

## Conselho de Consultores/Advisory Editors

Alcindo Antonio Ferla - ESP/SESRS

Ana Maria Costa - MS

Augusta Thereza de Alvarenga - FSP/USP

Maria Bernadete de Cerqueira Antunes - UFPE

Carme Borrell - Agência de Salut Pública - Barcelona

Christovam Barcellos - ICICT/Fiocruz

Didier Lapeyronnie - Université Victor Segalen - Bordeaux 2

Eduardo Suárez - Universidad del Salvador - Buenos Aires

Eleonora Menicucci de Oliveira - UNIFESP

Evelyne Marie Therese Mainbourg - C. P. Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ-AM

Francisco Eduardo Campos - UFMG

Gustavo Caponi - UFSC

Jairnilson Silva Paim - ISC/UFBA

Jean-Pierre Goubert - École des Hautes Études en Sciences Sociales - Paris

José da Rocha Carvalho - FMRPUSP

José de Carvalho Noronha - CICT/FIOCRUZ

Lynn Dee Silver - Columbia University New York City

Luciano Medeiros Toledo - C. P. Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ-AM

Maria Cecília de Souza Minayo - ENSP/FIOCRUZ

Mary Jane Paris Spink - PUCSP

Osvaldo Fernandez - UNEB

Patrick Paul - Université François Rabelais - Tours



### Credenciamento/Accreditation

Programa de Apoio às Publicações Científicas e Periódicas da USP

Saúde e Sociedade / Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública. v. 1, n. 1 (jan./jun. - 1992) - São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo : Associação Paulista de Saúde Pública, 1992 -

Trimestral.

Resumos em inglês e português.

Descrição baseada em: V. 17, n.1 (jan/mar, 2008)

ISSN 0104-1290

1. Saúde Pública. 2. Ciências Sociais. 3. Ciências Humanas.

I. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

II. Associação Paulista de Saúde Pública

CDD 614  
300

### Indexação/Indexation

SciELO - Scientific Electronic Library OnLine

Thomson Reuters: Social Sciences Citation Index, Social Scisearch, Journal Citation Reports/Social Sciences Edition

CSA Social Services Abstracts

CSA Sociological Abstracts

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

Ulrich's International Periodical Directory

EBSCO Publishing

Latindex

Library of Congress Cataloging

Scopus

Portal de Revistas da USP

**RIBEIRÃO PRETO**

# **EPATESPO 2012**



**11º ENCONTRO PAULISTA DE ADMINISTRADORES E  
TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO**

**23, 24 E 25 DE MAIO DE 2012**

**10º CONGRESSO PAULISTA DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

# Documentos Oficiais e Comissões

**Diário Oficial do Estado de São Paulo N 44 – DOE de 07/03/12 – Seção 1-p.26**

**Saúde GABINETE DO SECRETÁRIO**

**Resolução SS-18, de 6-3-2012**

Dispõe sobre a instituição e constituição da Comissão Organizadora do XI Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico - Epatespo e do X Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva - Coposc.

O Secretário de Estado da Saúde, considerando a necessidade de realização dos eventos como forma de auxiliar o desenvolvimento da organização, no setor público, da atenção em saúde bucal da população do Estado, resolve:

Artigo 1º-Fica instituída a Comissão Organizadora do XI Encontro Paulista de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos-Epatespo e do X Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva-Coposc, que se realizará de 23 a 25 de maio de 2012, no Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Artigo 2º-A Comissão Organizadora Central, a que se reporta o artigo anterior, indicará os membros das seguintes comissões: Executiva, Científica e de Relatoria.

Artigo 3º-A Comissão Organizadora Central desenvolverá os trabalhos de organização dos eventos em conjunto com a Comissão Organizadora Local a ser designada por autoridade competente do Município de Ribeirão Preto.

Artigo 4º-A Comissão Organizadora Central será constituída pelos representantes, Titulares e Suplentes, respectivamente, das instituições a seguir relacionadas:

Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco)

Doralice Severo da Cruz Teixeira, RG: 13.043.728 - Titular;

Associação Paulista dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (Apatesb)

Celina Lopes, RG: 13.572.825-3-Titular;

Valéria Aparecida Totola Martins da Silva, RG: 36.078.633-9- Suplente;

Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas - Central (APCD- SP)

Juscelino Kojima, RG: 7.411.528-5-Titular;

Helenice Biancalana, RG: 7723254 - Suplente;

Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems)

Célia Cristina Pereira Bortoletto, RG: 6.535.510-6 - Titular;

José Carlos Alves, RG: 19.160.491.4 - Suplente; Conselho Regional de Odontologia

(Cros-SP) Emil Adib Razuk, RG: 1.941.959 - Titular;

Maria Lucia Zarvos Varelli, RG: 9.496.884-Suplente;

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp)

Dalton Luiz de Paula Ramos, RG: 10.576.301-9-Titular;

Carlos Botazzo, RG: 3.621.159-X - Suplente;

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP- USP)

Paulo Frazão São Pedro, RG: 9.530.695 - Titular;

Paulo Capel Narvai, RG: 15.860.101-4-Suplente;

Município de Itapira

Vladen Vieira, RG: 7.407.559 - Titular;

Município de São Paulo

Maria da Candelária Soares, RG: 3362378 - Titular;

Prefeitura da Estância de Atibaia

Maria Fernanda de Montezuma Tricoli, RG: 18.337.980 - Titular;

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Pedro José Bistane, RG: 12158088 -- Titular;

Josiane A. F. da Costa Monntans, RG: 12852244 - Suplente.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Assessoria de Comunicação - Marketing/ Imprensa

Flávio Henrique Benvenuto Garcia Vaz, RG: 34190477-6 - Titular;

Vanessa Almeida Ruiz, RG: 6.215.420-9 - Suplente;

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Departamento Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto/CRS

Assahito Joel Sakamoto, RG: 6.303.422-0 - Titular;

Vera Lucia de Jesus, RG: 11.436.197-6-Suplente;

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Grupo Técnico de Ações Estratégicas - GTAE/CPS

Ana Flavia Pagliusi, RG: 11.558.802 - Titular

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Grupo Técnico de Odontologia - Sersa/CVS/CCD

José Geraldo Lupato Conrado, RG: 9.471.529-Titular;

Jane Fischman, RG: 3.120.580-Suplente;

Artigo 4º-Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

## **Diário Oficial do Estado de São Paulo N 96 – DOE de 23/05/12 – Seção I - p.37**

### **Saúde GABINETE DO SECRETÁRIO**

#### **Resolução SS - 56, de 22-5-2012**

Alterar o Artigo 4º, da Resolução SS-18, de 06/03/2012, que dispõe sobre a instituição e constituição da Comissão Organizadora do XI Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico - Epatespo e do

X Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva - Coposc.

Resolve:

Artigo 1º - Fica alterada a constituição da Comissão Organizadora Central, instituída pela Resolução SS-18, de 06 de março de 2012, conforme abaixo discriminado.

Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrabuco)

Doralice Severo da Cruz Teixeira, RG: 13.043.728 - Titular;

Associação Paulista dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (Apatesb)

Celina Lopes, RG: 13.572.825-3 - Titular;

Valéria Aparecida Totola Martins da Silva, RG: 36.078.633-9- Suplente;

Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas - Central (APCD- SP)

Juscelino Kojima, RG: 7.411.528-5 - Titular;

Helenice Biancalana, RG: 7723254 - Suplente;

Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems)

Célia Cristina Pereira Bortoletto, RG: 6.535.510-6 - Titular;

José Carlos Alves, RG: 19.160.491.4 - Suplente;

Conselho Regional de Odontologia (Crosp - SP)

Emil Adib Razuk, RG: 1.941.959 - Titular;

Maria Lucia Zarvos Varelli, RG: 9.496.884 - Suplente;

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp)

Dalton Luiz de Paula Ramos, RG: 10.576.301-9 - Titular;

Carlos Botazzo, RG: 3.621.159-X - Suplente;

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP- USP)

Paulo Frazão São Pedro, RG: 9.530.695 - Titular;

Paulo Capel Narvai, RG: 15.860.101-4 - Suplente;

Município de Itapira

Vladen Vieira, RG: 7.407.559 - Titular;

Município de São Paulo

Maria da Candelária Soares, RG: 3362378 - Titular;

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Pedro José Bistane, RG: 12158088 -- Titular;

Josiane A. F. da Costa Monntans, RG: 12852244 - Suplente.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)

Assessoria de Comunicação - Marketing/ Imprensa

Flávio Henrique Benvenuto Garcia Vaz, RG: 34190477-6 - Titular;

Vanessa Almeida Ruiz, RG: 6.215.420-9 - Suplente;

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)

Departamento Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto/CRS

Assahito Joel Sakamoto, RG: 6.303.422-0 - Titular;

Vera Lucia de Jesus, RG: 11.436.197-6 - Suplente;

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)

Grupo Técnico de Ações Estratégicas - GTAE/CPS

Maria Fernanda de Montezuma Tricoli, RG: 18.337.980 - Titular

Ana Flavia Pagliusi, RG: 11.558.802 - Suplente

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)

Grupo Técnico de Odontologia - Sersa/ CVS/CCD

José Geraldo Lupato Conrado, RG: 9.471.529 - Titular;

Jane Fischman, RG: 3.120.580 - Suplente;

Artigo 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação

## **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP**

### **PORTARIA N 178/11**

Dr. Stênio José Correia Miranda, Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no uso de suas atribuições legais, determina a criação de uma Comissão Local para Organização do EPATESPO 2012-Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, formada por membros indicados pelas respectivas entidades do setor, abaixo nominados:

Assahito Joel Sakamoto-Titular-DRS XIII  
Vera Lúcia de Jesus-Suplente-DRS XIII  
Rosana Haddad Bistane-Titular-APCD-RP  
Artur Rocha Martini-Suplente-APCD-RP  
Vlamir Oliveira Silva-Titular - UNAERP  
Silvio Rocha C. Silva-Suplente - UNAERP  
Ana Lúcia Azevedo Barilli-Titular - AORP  
Maria Conceição Pereira Saraiva-Suplente - AORP  
Marlívvia Gonçalves de Carvalho Watanabe-Titular-FORP-USP  
Ricardo Henrique Alves da Silva-Suplente-FORP-USP  
Pedro José Bistane-Titular-Secretaria Municipal da Saúde  
Josiane Ap. Ferreira da Costa Montans-Suplente-Sec. Municipal da Saúde.

Ribeirão Preto, 19 de setembro de 2011

Fonte: Diário Oficial do Município - 22 de setembro de 2011

## **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP**

### **PORTARIA N 216/11**

Dr. Stênio José Correia Miranda, Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no uso de suas atribuições legais, retifica portaria 178/11, publicada em D.O. dia 22/09/2011, acrescentando à Comissão Local para Organização do EPATESPO 2012-Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, os seguintes nomes:

Deise Cristina Albuquerque Lins-Titular - Sindiorp  
Renata Fronzaglia Lollato-Suplente - Sindiorp  
Fernanda Cristina Padiãl-Titular-Prefeitura Municipal Ribeirão Preto

Ribeirão Preto, 24 de novembro de 2011

R. STÊNIO JOSÉ CORREIA MIRANDA

Secretário Municipal da Saúde

Fonte: Diário Oficial do Município - 29 de novembro de 2011

# Epatespo 2012

## Comissão Científica

### **Associação Odontológica de Ribeirão Preto**

Maria Conceição Pereira Saraiva

### **Conselho de Secretários Municipais de Saúde-COSEMS**

José Carlos Alves

### **Conselho Regional de Odontologia de São Paulo-CROSP**

Marco Antonio Manfredini

### **Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP**

Aylton Valsecki Junior

### **Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP**

Suzely Adas Saliba Moimaz

### **Faculdade de Odontologia de Bauru-USP**

Nilce Emy Tomita

### **Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP**

Antonio Carlos Pereira

Maria da Luz Rosário de Sousa

### **Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP**

Marlúvia Gonçalves de Carvalho Watanabe

Ricardo Henrique Alves da Silva

### **Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP**

Symone Cristina Teixeira

### **Faculdade de Odontologia de São Paulo-USP**

Carlos Botazzo

Celso Zilbovicius

Dalton Luiz de Paula Ramos

Fausto Souza Martino

Simone Rennó Junqueira

### **Faculdade de Saúde Pública-USP**

Paulo Capel Narvai

Paulo Frazão São Pedro

### **Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**

Regina Auxiliadora Marques

Maria Aparecida de Oliveira

### **Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP**

Silvio Rocha C. Silva

Vlamir Oliveira da Silva

# Sumário

## Saúde e Sociedade

Volume 21

Suplemento 2

Outubro 2012

- 10 Editorial**  
Marlívya Gonçalves de Carvalho Watanabe
- 11 EPATESPO: breve histórico**  
Paulo Capel Narvai
- 19 Nota Biográfica sobre Prof. Dr. Pedro Bignelli**
- 20 Parte I – Mesas de Debates**
- 24 Parte II – Cursos**
- Parte III – Resumos dos trabalhos apresentados**
- 34** Eixo 1 – Atenção integral em saúde
- 43** Eixo 2 – Educação em saúde
- 53** Eixo 3 – Epidemiologia em saúde bucal e vigilância à saúde no SUS
- 71** Eixo 4 – Experiências inovadoras em serviços
- 82** Eixo 5 – Integração Ensino-Serviço-Comunidade
- 96** Eixo 6 – Monitoramento e avaliação de saúde bucal
- 108** Eixo 7 – Planejamento e financiamento em saúde bucal
- 111** Eixo 8 – Recursos humanos em saúde bucal
- 114** Eixo 9 – Temas Livres
- 121 Parte IV – Carta de Atibaia**
- 126 Parte V – Carta de Ribeirão Preto**

# Editorial

É com grande satisfação que apresentamos, neste número especial da Revista Saúde e Sociedade, a produção do EPATESPO 2012 - Encontro Paulista dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (11ª edição) e do COPOSC 2012 - Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (10ª edição), realizados em Ribeirão Preto-SP, no período de 23 a 25 de maio de 2012.

Os eventos apresentaram como tema central “O Município, a Saúde Bucal, a Regionalização da Atenção à Saúde: Caminhos e Desafios” e ofereceram aos participantes a oportunidade de trocarem experiências e conhecimentos, com vistas ao debate sobre as políticas e ações públicas relacionadas à Saúde Bucal no Estado de São Paulo e no país. Permitiram, como nos eventos anteriores, o intercâmbio entre usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, professores, pesquisadores e estudantes de instituições de ensino e pesquisa, bem como membros das associações de classe.

Para tanto, foram realizados: 2 mesas de debates, 15 cursos e apresentados 140 trabalhos, envolvendo pesquisas científicas e relatos de experiências so-

bre os seguintes temas: *Atenção integral em saúde bucal; Educação em saúde, Epidemiologia em saúde bucal e vigilância à saúde bucal no SUS, Experiências inovadoras em serviços, Integração Ensino-Serviço-Comunidade, Monitoramento e avaliação de saúde bucal, Planejamento e financiamento em saúde bucal, Recursos humanos em saúde bucal e Temas livres.*

Nesta oportunidade, o **Prof. Dr. Pedro Bignelli** foi homenageado, tendo em vista sua trajetória como docente da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP e, principalmente, como idealizador de diversos dispositivos para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e higiene bucal voltados para a saúde pública e para grupos de pessoas com necessidades especiais.

Assim, convidamos os leitores a compartilharem conosco da experiência profícua que os eventos proporcionaram aos 694 participantes e agradecemos a todas as instituições e, principalmente, a todas as pessoas que colaboraram para que o êxito fosse alcançado.

**Marlívnia G. C. Watanabe**

# EPATESPO, a missão: de Piracicaba-1989 a Ribeirão Preto-2012

Desde que, em 1989, os trabalhadores públicos da área de saúde bucal no Estado de São Paulo deram início à realização, periódica, do EPATESPO (Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), tem sido de valor inestimável a contribuição do evento para qualificar as ações desenvolvidas nessa área. Com o fortalecimento do papel dos municípios no sistema de saúde brasileiro, aumentou a importância de realizar o EPATESPO a cada dois anos, para compartilhar experiências, trocar informações, atualizar conhecimentos, rever colegas, saber das novidades. O EPATESPO é feito pelos profissionais de odontologia e de outras áreas da saúde que se envolvem com as questões relacionadas com a saúde bucal coletiva. Por essa razão é aberto também à participação de estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores, gestores, ativistas sociais, notadamente os membros de conselhos de saúde. Desse encontro de diversidades e olhares distintos surgem sínteses que contribuem para melhorar a saúde da população. Também por causa dessas diferentes visões sobre a saúde bucal da população, são distintas as percepções sobre o próprio evento, sua história, sua missão.

Tendo participado de todas as edições do EPATESPO e dado minha contribuição para várias comissões organizadoras, é comum que, quando se aproxima a realização de um novo EPATESPO, alguém se lembre de me convidar para “*contar a história do EPATESPO e explicar a razão do evento, a sua missão*”. Digo sempre que não é fácil, que cada pessoa tem um olhar específico, que cada um tende a ver e valorizar, em cada EPATESPO, apenas o que mais lhe interessa por alguma razão etc. e que nem todos têm a mesma compreensão sobre a missão, o papel do EPATESPO. Ainda, assim, o convite se mantém. Aconteceu de novo agora, em janeiro de 2012, com o convite que me foi feito pelo Dr. Pedro Bistane, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, membro da Comissão Organizadora do 11º EPATESPO, que se realizará em Ribeirão de 23 a 25 de maio de 2012. Nesses casos minha resposta costuma ser “*Claro que sim.*” E, então, mãos à obra para contar a história.

Registrar a trajetória histórica do EPATESPO, contando sua origem e missão, tem dupla finalidade: informar e, de algum modo, preservar a memória dos acontecimentos que nos levaram a criá-lo. Conforme assinalo no artigo “*EPATESPO: origem, missão e trajetória*”, o passar do tempo vai fazendo com que se percam, ou fiquem obscurecidos em nossas memórias, fatos, locais, pessoas, debates acalorados, decisões importantes, entre outros, mesmo quando os consideramos muito significativos. E nunca são apenas alguns detalhes que se perdem.

Vou, então, recontar essa história, retomando-a no ponto de realização do EPATESPO mais recente, em 2010, em Atibaia. Lá, de 12 a 14 de maio de 2010, realizamos a 10ª edição do Encontro e a 9ª edição do Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (COPOSC), evento que se realiza em conjunto com o EPATESPO desde 1994, quando aconteceu no Guarujá, o segundo EPATESPO. À época decidiu-se pela realização do 1º COPOSC, em conjunto com o 2º Encontro, de modo a “abrir” o evento também aos professores, estudantes, e pesquisadores com atuação na área de Odontologia Preventiva e Social, ou Saúde Bucal Coletiva, muitos dos quais entendiam que “não era com eles” um encontro que reunia “o pessoal do serviço público”. Desde então ambos, Encontro e Congresso, vêm se realizando como evento único, ampliando-se a aproximação, o intercâmbio, e o diálogo entre a academia e os serviços públicos odontológicos.

O evento de Atibaia, sob tema central “*Fortalecimento da saúde bucal na regionalização da atenção à saúde*”, contou com 546 participantes provenientes de 120 municípios do estado de São Paulo e mais 9 estados da Federação e do Distrito Federal. Como tem acontecido em todas as edições do EPATESPO/COPOSC, foram apresentados e discutidos trabalhos, e realizados cursos, oficinas e mesas de debates. Estiveram na pauta, além do tema central, a gestão do cuidado e as modalidades de gestão de redes assistenciais, bem como a educação e promoção em saúde bucal, os recursos humanos do setor, as experiências inovadoras em serviço, a epidemiologia e urgência em

saúde bucal, e a universalização e atenção integral em saúde bucal.

Contudo, um longo caminho foi percorrido até Atibaia e, agora, em 2012, Ribeirão Preto.

É longa a história do EPATESPO. Sempre que sou chamado a contar essa história, começo lembrando que, na primeira vez em que me chamaram, não confiando em minha memória, fui buscar informações em documentos antigos, em meu arquivo pessoal. Foi assim que, revirando papéis em pastas, deparei-me com o Of.G.SB-077/89, de 19 de julho de 1989, dirigido a mim por Marco Manfredini e Antonio Carlos Neder, ambos da “Comissão Organizadora” do “Pré-Encontro Estadual” do VI Enatespo, o Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. O texto informava que “o próximo Enatespo” se realizaria em Goiânia-GO, de 22 a 25 de agosto de 1989, com o objetivo de “analisar as realidades nas quais são desenvolvidos os programas de saúde bucal no Brasil”, tendo como “temas principais a Municipalização e o Novo Modelo Assistencial em Saúde Bucal”. Manfredini e Neder diziam no ofício que, “com a finalidade de reunir os trabalhadores da Saúde Bucal do Estado de São Paulo para discussão desses temas, será realizado, nos próximos dias 4 e 5 de agosto em Piracicaba, um PRÉ-ENCONTRO ESTADUAL” (assim mesmo, com maiúsculas e tudo). O Of.G.SB-077/89 prosseguia pedindo-me que... bem, vou deixar para contar isso no final deste texto.

O fato é que por este motivo se criou o EPATESPO, este nosso Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. Por uma boa razão, logo se vê: discutir a municipalização da saúde (e da saúde bucal), cuja sinalização havia sido dada no ano anterior, quando os Constituintes, sob a liderança do saudoso “Doutor Ulysses” Guimarães, aprovaram a criação do SUS definindo como uma de suas diretrizes a descentralização do sistema de saúde, “com direção única em cada esfera de governo”. Interessava-nos, da mesma forma, debater os novos modelos assistenciais que, também em saúde bucal, se multiplicavam pelo país afora e em nosso Estado. Queríamos nos constituir em sujeito coletivo e participar da construção do SUS, ocupando-nos das questões gerais dessa construção social coletiva e, também, dedicando-nos com maior ênfase à área de saúde bucal, com suas demandas e problemas específicos.

Esta é a origem do EPATESPO; tal é a sua missão.

O primeiro EPATESPO aconteceu em Piracicaba, por iniciativa de Marco Manfredini, coordenador municipal de saúde bucal de São Paulo no Governo Luísa Erundina, e Carlos Botazzo, à época trabalhando no nível central da SES-SP. Valendo-se de sua proximidade com o então Prefeito José Machado, Botazzo mostrou-lhe a importância de realizar o evento naquela cidade. Machado, é preciso reconhecer, proporcionou total apoio político e material ao EPATESPO. Eu havia recém-chegado à Faculdade de Saúde Pública da USP e acompanhei de perto esses fatos, pois trabalhara com ambos, Manfredini e Botazzo, durante vários anos na então Seção de Odontologia Sanitária do Instituto de Saúde da SES-SP.

Em Piracicaba, naquele inverno de 1989, cerca de 90 profissionais oriundos de 44 municípios paulistas, nos reunimos na Câmara Municipal, e aprovamos um documento final onde se afirmava, entre outros aspectos, que “apesar de a Nação se posicionar enquanto a 8ª economia do mundo, a maioria dos cidadãos deste país vive excluída do acesso a bens e serviços básicos compatíveis com um mínimo de qualidade de vida. Esta situação, dissemos, é determinada pela desigual distribuição de renda do país conferida pelo modelo de desenvolvimento vigente. Na área da saúde, e em particular da saúde bucal, a lógica de mercado determina as condições de acesso aos serviços, assim como a formação de recursos humanos, a pesquisa e a produção de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos.” Aquele documento reivindicava também que a capital paulista assumisse a gestão dos serviços de saúde no seu âmbito (“pois representa quase 35% da população do Estado”) e que, “para assegurar que a municipalização não se transforme em mero instrumento de clientelismo político-partidário, deve-se estimular a ampliação dos conselhos de saúde em todos os níveis do sistema (...), única forma de garantir a adequada aplicação dos recursos públicos, bem como a implementação das políticas de saúde”. Seguiam-se recomendações específicas sobre definições programáticas assinalando-se que “é imperativo uma política de recursos humanos que privilegie o investimento de recursos orçamentários na formação de ACD, THD, TPD e TEO [*técnico em equipamentos odontológicos*], na reciclagem (*sic*) dos profissionais de nível universitário, rompendo com a visão extremamente tecnicizada e redutora dos processos de treinamento e formação e apontando para soluções mais dinâmicas e criativas

que incorporem conhecimentos e práticas sociais imprescindíveis à consolidação do novo modelo.” Mencionava-se, também, a importância de definir “uma política salarial transparente orientada a assegurar pisos salariais com isonomia nos níveis elementar, médio e universitário” e “desenvolver novos instrumentos de supervisão e avaliação que não se limitem a indicadores quantitativos e de produtividade, mas introduzam indicadores qualitativos e epidemiológicos objetivando a mensuração dos níveis de saúde da população e do impacto social das programações”.

Como se observa, começou muito bem o EPATESPO. Ao reunir o material sobre o evento constatei, com satisfação, que muito do que foi proposto nesse período se concretizou, embora persistam dificuldades e certas distorções. Nesse sentido, chama a atenção, conforme se verá a seguir, a atualidade de certas indicações e recomendações.

Depois de Piracicaba, o EPATESPO foi para o Guarujá. Mas este 2º EPATESPO, no litoral, só ocorreria cinco anos depois, em 1994. Cabe registrar que a Organização Mundial da Saúde havia declarado 1994 o “Ano Mundial da Saúde Bucal” e que, no ano anterior, havia se realizado a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, sob o tema “Saúde bucal, um direito de cidadania”. O 2º EPATESPO/1º COPOSC, realizado de 11 a 14 de maio, contou com a participação de cerca de 500 profissionais provenientes de 130 municípios do Estado de São Paulo, e teve como tema central “Saúde bucal no SUS: impasses e perspectivas da universalização” Na *Carta de Guarujá*, documento aprovado ao final do evento - e que deu origem a uma prática de aprovar “Cartas” ao final de cada edição -, os participantes consideraram “importante reafirmar que a alternância de dirigentes, uma importante conquista democrática, não deve significar descontinuidade de políticas definidas no âmbito das Conferências e Conselhos de Saúde. Ou seja: novas autoridades não têm o direito de, intempestivamente, ao sabor de impulsos ou interesses particulares, impor mudanças que não tenham sido discutidas com a sociedade. Com a saúde não se pode brincar (...) administradores devem entender que uma maioria eleitoral num determinado momento não os autoriza a promover mudanças que contrariem os interesses e necessidades da população”.

Seguia muito bem esse EPATESPO...

De Guarujá para Franca. Diz a *Carta de Franca* que “profissionais de saúde pública representando mais de

150 municípios do estado de SP, além de 20 municípios dos estados de MG, MS, MT, PR, RJ, RS, GO e do DF” participaram do 3º EPATESPO/2º COPOSC, que se realizou de 29 de maio a 1º de junho de 1996, sob o tema central “Modelos de atenção em saúde bucal: município, universidade e sociedade enfrentando desafios”. O evento teve 489 inscritos. Entre as proposições da *Carta de Franca* estão: “as ações e serviços de saúde bucal sejam integrados nas demais práticas de saúde coletiva, vinculando suas atividades às Unidades de Saúde”; “as três esferas de governo assegurem no mínimo 10% dos seus respectivos orçamentos ao setor Saúde”; “as atividades extra-muros, realizadas pela Universidade, não se restrinjam a mero estágio supervisionado, reproduzindo o enfoque clínico-biologicista das ações intra-muros, mas se desenvolvam a partir de referenciais filosóficos balizados nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira”; “a falta de saúde e o medo de adoecer da população devem ser tratados com respeito, não sendo admissível que sejam objeto de manipulação demagógica com fins eleitorais. Não se pode tolerar que a dramática situação que penaliza diariamente milhares de pessoas seja matéria prima de propaganda político-partidária que insulta a consciência dos profissionais de saúde e agride os cidadãos brasileiros”... Bom, melhor parar por aqui com a *Carta de Franca*.

“Os municípios e as boas políticas de saúde bucal no SUS: qualidade de vida rumo ao ano 2000”. Este foi o tema central do 4º EPATESPO, realizado de 27 a 30 de maio de 1998 em São José do Rio Preto, com a presença de aproximadamente 460 profissionais de saúde, vindos de 160 municípios. Naquele encontro os participantes deliberaram, entre outros aspectos, “reafirmar o SUS como a estratégia mais eficaz para a universalização da atenção à saúde dos cidadãos brasileiros. Portanto todos os esforços devem ser enviados para sua implementação” e “denunciar, perante a opinião pública, o tratamento parcial com que, de modo geral, os meios de comunicação tratam o SUS, ignorando, por incompetência ou má fé, esforços e aspectos positivos do sistema, criando a falsa impressão de sua falência, em benefício dos interesses empresariais e da mercantilização dos serviços de saúde.” Os participantes do 4º EPATESPO/3º COPOSC aprovaram também “defender um modelo de atenção em saúde bucal que contemple a universalização da atenção, a integralidade das ações, priorizando as ações pre-

ventivas sem prejuízo das curativas (...) tecnologia adequada priorizando, na atenção básica, ambientes coletivos de trabalho. É necessário também organizar sistemas de referência e contra-referência, definindo claramente o papel dos diferentes níveis de atenção garantindo, assim, a hierarquização dos serviços e a otimização dos recursos”; “defender a continuidade e expansão da fluoretação das águas de abastecimento público e a instituição de sistemas de vigilância que garantam a eficácia do método”; “reconhecer, como de primordial importância, que o planejamento dos programas locais de saúde seja embasado no perfil epidemiológico, levando em consideração critérios de risco”; “incentivar a integração intersetorial entre saúde e educação de formar a facilitar e possibilitar as ações em saúde bucal coletiva”; “indicar a importância estratégica de inserir as ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, bem como no Programa de Agentes Comunitários de Saúde”; e, “ressaltar a necessidade de os sistemas locais de saúde terem coordenador de saúde bucal com perfil não só de gerente mas, sobretudo, capaz de implementar as políticas de saúde democraticamente deliberadas”.

No ano 2000 estávamos em Cubatão. De São José do Rio Preto o EPATESPO/COPOSC voltou para o litoral, desta vez para Cubatão, onde se realizou no período de 24 a 27 de maio, tendo a participação de 1.056 profissionais de saúde, provenientes de 117 municípios de seis estados, que apresentaram 159 trabalhos. O tema central do 5º EPATESPO/4º COPOSC foi “Educação e saúde: bases da qualidade de vida da família no novo milênio”. Na *Carta de Cubatão* dissemos que “o fazer saúde pública/coletiva implica entender o processo saúde-doença em seus determinantes sociais e que as práticas de saúde pública devem, obrigatoriamente, estar comprometidas com a melhoria da qualidade de vida”; “reafirmar a necessidade de superar o modelo odontológico curativo-preventivista dirigido a escolares matriculados nas escolas públicas, incluindo outros grupos populacionais e ações mais complexas (...) superar, também, a confusão entre ‘prioridade’ e ‘exclusividade’ que ainda predomina na maioria dos serviços e que exclui das ações desenvolvidas parcelas importantes da população. Ações de saúde bucal devem estar integradas nos diversos programas como, por exemplo, no de saúde do idoso”; “recomendar que a atenção odontológica em nível hospitalar seja implantada nos hospitais públicos de modo a oferecer

possibilidades terapêuticas aos pacientes internados”; “alertar que o uso de creme dental fluoretado por crianças pré-escolares, tanto no âmbito doméstico quanto no desenvolvimento de ações coletivas, deve ser precedido de informações aos pais e demais envolvidos, sobre os riscos da ingestão indevida”; “recomendar que, nos processos de formação e qualificação profissional, sejam desenvolvidos valores éticos e de respeito aos direitos e deveres de cidadania”.

Em Sorocaba, de 8 a 11 de maio de 2002, discutimos “A saúde bucal a caminho da universalização: desafios e estratégias”, no 6º EPATESPO/5º COPOSC. O evento contou com a participação de 1.029 profissionais e 120 estudantes de odontologia provenientes de 120 municípios de 4 estados. Foram apresentados 169 trabalhos, ministrados 6 cursos, realizadas 12 sessões de comunicações coordenadas e 2 mesas de debates. Da *Carta de Sorocaba* constam, entre outras proposições: “incentivar o trabalho multiprofissional superando a tendência de isolamento do cirurgião-dentista”; “reafirmar a necessidade da carga horária de 40 horas semanais para os cirurgiões-dentistas das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e instituir incentivos financeiros para essa jornada de trabalho, seja em PSF ou não”; “recomendar a alteração da atual proporção de 1 equipe de saúde bucal (ESB) para 2 equipes de saúde da família, para 1 ESB para cada equipe de saúde da família (...) garantir a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF como parte integrante da equipe mínima significando a obrigatoriedade de saúde bucal em todos os PSF (...) ressaltar que o incentivo destinado pelo Ministério da Saúde aos municípios (para a saúde bucal no PSF) não é o único recurso para pagamento de cirurgião-dentista”; “instituir mecanismos de avaliação qualitativa dos serviços prestados pelas UBS, através de pesquisa junto à população usuária”; “recomendar que sejam celebrados convênios entre cursos de odontologia e prefeituras no sentido de propiciar estágios de estudantes em ações no âmbito do SUS”; “expandir o grau de atenção odontológica no âmbito do SUS, avançando na integralidade das ações, incorporando no setor público a oferta sistemática de serviços especializados como endodontia, ortodontia, periodontia, prótese e outros, e definindo em cada micro-região sistemas de referência e contra-referência”; “recomendar aos municípios do estado de São Paulo a realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal pelo menos a cada 4 (quatro) anos, de modo a dis-

por de informações atualizadas sobre a situação nesta área e, assim, melhorar a qualidade do planejamento em saúde e dispor de informações imprescindíveis para avaliar as ações desenvolvidas e analisar sua evolução ao longo do tempo. Outros mecanismos de avaliação devem complementar os estudos epidemiológicos”.

E lá se foi, em 2004, o EPATESPO/COPOSC para Marília. No 7º EPATESPO/6º COPOSC, realizado de 26 a 29 de maio, com a participação de cerca de 1.200 participantes, provenientes de 150 municípios de 7 estados, debatemos “A saúde bucal e as estratégias de aperfeiçoamento do SUS frente às exigências da sociedade”. Pela primeira vez publicamos numa revista científica, a *Odontologia e Sociedade* (editada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo), os resumos dos 172 trabalhos apresentados no evento. Na *Carta de Marília* propusemos “envolver nas ações de promoção de saúde bucal, técnicos da educação, nutrição e meio ambiente, dentre outros, com vistas a uma prática de promoção interdisciplinar”; “promover estratégias educativas que enfoquem o indivíduo em seu meio social e ambiental contribuindo para formação de cidadãos”; “assegurar acesso às ações de saúde bucal à população rural”; “estabelecer parcerias no sentido de estimular a participação dos idosos nos exames de prevenção de câncer bucal”; “assegurar que a montagem de centros de especialidades seja precedida de um diagnóstico das necessidades de saúde bucal da população da área de abrangência”; “estimular o uso de cimento de ionômero de vidro na atenção básica de saúde”; “manter as áreas técnicas de saúde bucal da Secretaria de Estado, DIRs e municípios e fazer cumprir suas funções equitativamente em todo o Estado”; “desenvolver estratégias de atendimento aos usuários, de modo a melhorar a recepção, segundo os princípios do acolhimento, vínculo e cuidado em saúde”; “desprecarizar as relações de trabalho assegurando ao servidor público da saúde, segurança funcional no exercício de suas funções”; “implementar atividades de gestão do trabalho em saúde que contemplem o concurso público para ingresso”; “destinar recursos financeiros do governo estadual em complementação aos dos municípios para o custeio dos centros de referência de especialidades odontológicas de caráter regional”; “reconhecer que a definição da Política Nacional de Saúde Bucal representa um avanço na inserção da saúde bucal no SUS destacando que Estados e Municípios precisam aproveitar esse novo contexto

para consolidar e expandir as ações desenvolvidas no setor, sobretudo nos níveis secundário e terciário de atenção”; “reconhecer o EPATESPO e o COPOSC como um momento de educação continuada destinando recursos financeiros das três esferas de governo para sua realização”.

Em 2006 o EPATESPO/COPOSC desceu uma vez mais a serra em direção ao litoral e aportou em Peruíbe. Lá, sob o tema “*Saúde bucal, um desafio do SUS*” reunimos, de 31/5 a 3/6, 888 participantes provenientes de 124 municípios de 7 estados, e indicamos, entre outras coisas a necessidade de: “assegurar a oferta de ações de média e alta complexidade odontológica no âmbito do SUS e aumentar os recursos para essa área”; “reafirmar o papel da Secretaria de Estado da Saúde de articular, promover, assessorar e incentivar a atenção primária, proporcionando o acesso da população, auxiliando os municípios para capacitação de recursos humanos, e na avaliação das ações e realização de levantamentos epidemiológicos”; “aumentar investimentos na área de saúde bucal em busca das premissas da universalidade, equidade e integralidade”; “mudar a lógica da organização dos serviços que ainda está centrada na produção de procedimentos”; “fazer uso de tecnologias de invasão mínima para tratamento da cárie, em conformidade com as indicações técnicas, objetivando aumentar o acesso e promover a integralidade na assistência odontológica”; “efetivar, na estratégia da saúde da família, a paridade entre as equipes de saúde bucal e saúde da família e garantir isonomia salarial entre os profissionais da equipe de saúde da família, visando efetivar na prática a horizontalidade da equipe”; “investir na contratação de recursos humanos auxiliares, com criação de cargos viabilizando a implementação de equipes de saúde bucal”; “garantir que o gestor municipal dê condições adequadas (físicas, ergonômicas, e de proteção individual) a toda equipe de saúde bucal, incluindo a técnica de trabalho a quatro mãos”; “garantir sistemas de contratações de profissionais da rede pública somente através de concursos públicos ou processos seletivos transparentes, respeitando a legislação pertinente”; “efetivar ações das Direções Regionais de Saúde na assessoria técnica, acompanhamento e monitoramento das ações de saúde bucal nos municípios”; “utilizar os levantamentos epidemiológicos e indicadores em saúde bucal como instrumento para identificação das necessidades de saúde da população, planejamento de

intervenções e avaliação das ações e impactos no processo saúde-doença”; e “propor ao Ministério da Saúde que inicie o planejamento do Projeto SB-2010 (projeto de pesquisa intitulado ‘*Condições de Saúde Bucal da População Brasileira em 2010*’), para evitar que se repitam as dificuldades que marcaram a execução do SB-2000, concluído apenas em 2003”.

Em 2008 o EPATESPO/COPOSC, coerente com nosa origem e trajetória, foi para o ABC paulista, de tanta pujança e tantas lutas sociais, para, uma vez mais, realizar nossa missão: reunir os trabalhadores da Saúde Bucal do Estado de São Paulo para, sob o tema central “*Saúde Bucal, o Pacto pela Saúde e a responsabilidade do Estado*”, analisar as nossas práticas profissionais, as realidades nas quais são desenvolvidas, e apresentar propostas para que a atenção à saúde bucal seja inerente ao SUS, reconhecida como um direito humano, e se concretize como um direito de todos, e não um privilégio. Em Santo André, de 14 a 17 de maio de 2008, o 9º EPATESPO e o 8º COPOSC, reuniram 814 participantes provenientes de 128 municípios de 8 estados. Estiveram na pauta: a lei de responsabilidade fiscal, a precarização do trabalho e a judicialização da saúde, a avaliação e monitoramento do SUS por meio da atenção básica, recursos humanos (formação, capacitação, integração ensino-serviço, relações de trabalho, equipe multiprofissional), a epidemiologia em saúde bucal e a vigilância à saúde, a atenção integral, o monitoramento e a avaliação em saúde bucal no SUS, o planejamento e financiamento, a inovação e incorporação de tecnologias em saúde bucal, a educação em saúde bucal.

Lá no ABC propusemos, dentre outras ações, ampliar “as possibilidades de tomar decisões nos municípios e regiões, e fortalecer a Atenção Básica” sendo “fundamental aumentar a participação dos dirigentes e coordenadores de Saúde Bucal nos espaços onde essas decisões são tomadas, incluindo as decisões sobre alocação de recursos financeiros”; “Ampliar os recursos estaduais alocados às ações e serviços de Saúde Bucal, contemplando-os no Plano Estadual de Saúde, apoiando os municípios e as regiões em seus esforços para garantir o direito à Saúde Bucal, não restringindo os investimentos do governo estadual aos serviços próprios”; “Prosseguir a implantação do programa Brasil Sorridente como parte inseparável da consolidação do SUS e como expressão da Política Nacional de Saúde Bucal, entendendo-o como uma política pública específica do Estado brasileiro, e não

como um conjunto de ações isoladas de um determinado governo. Indica-se a necessidade de seguir avançando no processo de desvincular as ações de Saúde Bucal, inclusive as relacionadas aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos atuais mecanismos de incentivos, transferindo recursos de acordo com pactuações loco-regionais”; “Alertar para o fato de que alguns governos municipais, muitas vezes por razões partidárias, e outras vezes por não compreenderem o significado das ações de Saúde Bucal para a população, recusam-se a desenvolver ações odontológicas como parte das Políticas Públicas de Saúde. Com essa postura negativa afastam-se dos princípios de cooperação e solidariedade que devem nortear a gestão do SUS, e violam o princípio constitucional da integralidade. Assim negam, na prática, a Saúde Bucal como direito humano fundamental”; “Estimular a efetivação de um novo modelo curricular fundamentado no contexto sócio-econômico e político do país, considerando características loco-regionais, visando a formação de profissionais capacitados a atuar junto às Políticas Públicas de Saúde”; “Fortalecer o Controle Social através de Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde, capacitações e definição de orçamento próprio”; “Coibir que interesses da indústria de equipamentos e materiais odontológicos sobreponham seus interesses aos da atenção de qualidade no SUS”; “Estabelecer plano de recuperação salarial revendo e incorporando o prêmio incentivo ao salário, isonomia do prêmio entre profissionais, e reajustes anuais para os servidores estaduais da Saúde, contemplando uma política de cargos e salários e carreira elaborada pela SES-SP”; “Estimular a formação de profissionais/gestores da área de Saúde para monitoramento e avaliação”; “Reforçar a necessidade de organizar e qualificar a atenção básica articulada com a rede de serviços de Média e Alta Complexidade a fim de aumentar a resolutividade do sistema como um todo [e] organizar os serviços de acordo com a realidade local, incluindo a participação social envolvendo os vários atores sociais, no processo de atenção à Saúde Bucal”; “Reforçar a necessidade de educação permanente em Saúde [e de] melhorar a formação de recursos humanos em Saúde Bucal nas questões de biossegurança em especial na vivência prática da esterilização e descarte de resíduos”; “Estimular a intersetorialidade e o envolvimento da equipe de Saúde Bucal para garantir da integralidade da atenção”; “Estimular a organização dos serviços

através da humanização e acolhimento como forma de fortalecimento de vínculo dos usuários aos serviços de Saúde”; “garantir a definição de interlocutores de Saúde Bucal nos DRS da SES, como forma de apoio técnico aos municípios”; “Retomar o Regime Jurídico Único, com a realização de contratação somente por concurso público abolindo a Emenda 19 (Lei Bresser-Pereira) que aprofundou a precarização da força de trabalho em saúde”; “Repudiar a precarização do trabalho por meio da terceirização da contratação de pessoal”; “Incentivar uma política de cargos, carreiras e salários na área da Saúde na esfera municipal”; “Garantir o acesso dos pacientes com necessidades especiais em toda rede de Atenção a Saúde”.

Em Atibaia, reafirmamos vários de nossos posicionamentos históricos, cuja necessidade de reiteração muitas vezes se impõe, e propusemos: “incluir a saúde bucal na pauta das câmaras técnicas dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) a fim de que sejam pactuados planos operativos para elevar a resolutividade da atenção básica deslocando mais procedimentos para esse nível de atenção e estabelecer os pontos da rede de referência dos serviços de média e alta complexidade relevantes para as necessidades de saúde bucal da população da região”; “prever nos planos operativos, atividades para detectar os erros mais frequentes na entrada dos dados a fim de uniformizar os registros relativos aos serviços odontológicos nos sistemas de informação (desde a alimentação em nível local até a consolidação em nível estadual) e usar os indicadores de monitoramento e avaliação”; “delinear nos planos de ação, ações para expandir as equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em nível municipal e implementar os centros de especialidades odontológicas e os laboratórios de prótese dentária para oferecer retaguarda de caráter regional à rede de unidades de atenção básica”; “garantir a participação dos ASB e TSB no planejamento local das ações de saúde bucal”; “considerar nos planos operativos, a construção do componente de saúde bucal dentro da política de vigilância em saúde”; “Utilizar a epidemiologia em saúde bucal como uma ferramenta auxiliar para conhecimento das condições de saúde bucal da população a ser atendida com o propósito de planejar ações que tenham maior resolutividade”; “Estabelecer critérios para definição de risco social e integrá-los na triagem para classificação de risco às doenças bucais”; “Descentralizar os serviços de média complexidade

para o atendimento aos portadores de fissuras lábio-palatinas”; “assegurar nos planos operativos, projetos de educação permanente objetivando a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde bucal (ASB, TSB e CD), para mudar o processo de trabalho e elevar a qualidade do cuidado à saúde bucal”; “Definir profissionais de saúde bucal para assessorar o processo de regionalização junto às câmaras técnicas dos CGR de forma bipartite (SES-COSEMS-SP) para organizar as redes de atenção em saúde bucal do estado”; “lutar pela regulamentação imediata da EC-29, assegurando financiamento do SUS, com maior participação da esfera estadual na construção da política de atenção básica, com financiamento específico para a saúde bucal”; “reconhecer que as ações de saúde bucal no estado de São Paulo vêm sendo sustentadas majoritariamente com recursos municipais e federais e que é fundamental o co-financiamento das ações com recursos do nível estadual de gestão, cumprindo os três componentes do Pacto da Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, colocando em prática a noção da gestão solidária e compartilhada das três esferas do governo”; “compreender que, a despeito do debate sobre a capacidade de [diferentes] modalidades de gestão em assegurar ou não, de modo mais eficiente, o alcance de metas, o equilíbrio econômico-financeiro, e a otimização dos recursos para a assistência à saúde, nenhuma delas é imune ou protegida contra o desvio e a malversação dos recursos públicos; sendo, portanto, fundamental garantir em qualquer das modalidades, a publicidade ou transparência das atividades administrativas, viabilizando o controle público pelos conselhos de saúde sobre os contratos de gestão e os planos operativos”; “reiterar que as instituições do SUS, nas três esferas de governo, são corresponsáveis, com as instituições de educação, pela formação e a educação permanente em saúde bucal, e que essas atividades devem ser dirigidas aos trabalhadores da saúde e, também, integrarem políticas de educação voltadas para demandas da sociedade que requerem respostas adequadas dos poderes públicos”; “capacitar, estimular, incluir, valorizar, apoiar e defender os profissionais ASB e TSB dentro dos serviços de saúde, para participar da atenção integral ao paciente”; “criar novas Escolas Técnicas de Saúde, gratuitas, que contemplem a formação de ASB e TSB no âmbito da saúde pública”; “estimular a formação de profissionais auxiliares em saúde bucal através de escolas técnicas públicas, e

favorecer o estágio de alunos de cursos técnicos em unidades públicas de saúde, fortalecendo a formação de profissionais com perfil adequado para o trabalho no Sistema Único de Saúde”; “definir um cronograma de educação permanente para a equipe de saúde bucal e para os agentes comunitários de saúde de forma a proporcionar a incorporação de novas tecnologias, atualização e integração entre as equipes melhorando a resolutividade das ações”; “ampliar a participação de ASB, TSB e ACS nas ações em saúde bucal, como forma de aumentar a cobertura em saúde bucal, incorporando mais equipes da saúde bucal junto às equipes de saúde da família”; “incentivar a criação de cargos de ASB e TSB nos municípios”; “assegurar a universalização do acesso às ações de saúde bucal em todos os municípios do estado de São Paulo”; “estimular a participação dos profissionais de saúde bucal no controle social do SUS”.

Como se observa, seguimos firmes, como um importante ator coletivo, no processo de construção do SUS, ocupando-nos das questões gerais dessa construção social coletiva e, também, ocupando-nos, debatendo, avaliando, formulando propostas e ações do campo da saúde bucal, com suas demandas e problemas específicos.

Que neste EPATESPO/COPOSC-2012, em Ribeirão Preto, em nosso 11º Encontro e 10º Congresso, cujo tema central é o “*O município, a saúde bucal e a regionalização da atenção à saúde: caminhos e desafios*”, possamos seguir nessa trajetória de lutas e conquistas e, assim, dar conta, uma vez mais, da nossa missão.

Ah, sim... Afinal, o que me pediram, Manfredini e Neder, lá no tal Of.G.SB-077/89? Pediram-me para, no painel de abertura daquele que seria o 1º EPATESPO, fazer uma... “*retrospectiva do ENATESPO*”, contando um pouco da história do encontro nacional, criado em 1984 em Goiânia e que, em 1989, se preparava para sua sexta edição, retornando à mesma Goiânia, local onde nasceu.

Como se vê, de tempos em tempos, me vejo nessa situação de fazer retrospectivas, falar de missões, contar trajetórias...

#### **Paulo Capel Narvai**

Especialista, Mestre, Doutor e Livre Docente em Saúde Pública. Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). pcnarvai@usp.br

# Nota Bibliográfica: Prof. Dr. Pedro Bignelli, homenageado do EPATESPO 2012

## **Pedro Bignelli, cirurgião-dentista por opção. Afinal... professor ou inventor, por natureza?**

Nascido em Fernando Prestes-SP, ainda menino mudou-se para Ribeirão Preto e começou a trabalhar em uma oficina mecânica com o pai. Apesar de sonhar em ser engenheiro mecânico, optou pelo curso de Odontologia na Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto (FFORP) para conciliar trabalho e estudo. Formou-se em 1954 e, em 1964, defendeu sua tese de Doutorado.

No início da década de 60 passou a atuar como docente na área de Materiais Dentários da FFORP, a qual, mais tarde, seria incorporada à Universidade de São Paulo (USP).

Quem foi seu aluno pôde desfrutar do seu potencial didático. Em tempos de lousa e giz, como levar estudantes do primeiro ano à compreensão das propriedades e utilização de materiais restauradores, de moldagem e prótese? Bem... o professor Pedro Bignelli sabia, como poucos, transportar os estudantes de matéria básica para a realidade, até então “virtual”, da clínica odontológica, por sua habilidade de tornar algo “abstrato” em “concreto”, acessível.

Talvez isso também explique sua motivação para ter desenvolvido, desde a década de 70, cerca de 43 inventos, entre eles a primeira escova dental brasileira elétrica, aparelhos para laboratório, equipamento para a limpeza de cana-de-açúcar e material didático para educação em saúde. Não é à toa que seu ídolo é Alberto Santos Dumont, o “Pai da Aviação”.

Destaca-se, nesta trajetória, a escova dental Monobloco, importante dispositivo que possibilitou, por sua eficiência e baixo custo, o acesso de milhares de crianças a ações coletivas de prevenção e controle de doenças bucais em ambiente escolar. Na seqüência, os benefícios foram ampliados para os adultos e bebês, os internos do sistema penitenciário, as pessoas com necessidades especiais, entre outros grupos.

Disse ele uma vez: “Pensei, criei, modifiquei, aperfeiçoei máquinas, aparelhos e instrumentos... estava quase sempre viajando na maionese cósmica das invenções”.

Dizemos nós: a Odontologia em Saúde Coletiva agradece!

(Fontes: [escovacientifica.blogspot.com.br/2009/03/professor-dr-pedro-bignelli\\_24.html](http://escovacientifica.blogspot.com.br/2009/03/professor-dr-pedro-bignelli_24.html); [www.usp.br/agen/PDF/clip/2009/02/16\\_02\\_09\\_1823\\_01.pdf](http://www.usp.br/agen/PDF/clip/2009/02/16_02_09_1823_01.pdf))

# Parte I – Mesas de Debates

## Mesa 1 – O município, a saúde bucal e a regionalização da atenção à saúde: caminhos e desafios

*Gilberto Alfredo Pucca Jr. (Coordenador Nacional de Saúde Bucal - MS)*

A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente constitui de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

As principais linhas de ação do programa são as ações de promoção e prevenção (com a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público), a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família - ESB), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO) e a reabilitação protética (implantação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD). Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais.

Atualmente existem 21.602 ESB no Brasil, um aumento de 388% em relação a 2002. Estão distribuídas por 4.886 municípios (87%), sendo que em 2002 eram apenas 2.302 municípios cobertos. Os CEO servem de referências para as ESB, que encaminham os casos que necessitam de tratamento especializado. Existem hoje 907 centros em todo o país, distribuídos em 752 municípios. E 1.304 municípios possuem LRPD credenciados, um investimento do Ministério da Saúde de 102,8 milhões/ano. O Brasil produziu 300 mil próteses dentárias em 2011, número 65% superior a produção de 2010. Até maio de 2012 a produção já foi de 102 mil próteses e a estimativa é que sejam produzidas 400 mil próteses em 2012.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), houve uma queda de 26% de cárie dentária nas crianças de 12 anos, em comparação com os dados do SB Brasil 2003. Com essa redução, o Brasil saiu da condição de média prevalência de cárie, para uma condição de baixa prevalência, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde.

*Luis Fernando Nogueira Tofani (COSEMS-SP/SMS Várzea Paulista-SP)*

Entendendo que a diretriz da descentralização no Sistema Único de Saúde foi implementada fortemente nas últimas décadas a partir da municipalização da gestão e da responsabilidade pelas ações e serviços de saúde, os municípios passaram por processo de criação e implementação de estruturas administrativas, e de redes locais de serviços públicos de saúde incorporando e formando quadros técnicos, de gestão e políticos importantes para o desenvolvimento da saúde pública brasileira, passando as secretarias estaduais e o ministério da saúde a assumir papéis de apoiadores técnicos e financeiros, além da coordenação da organização do sistema. Considerando a autonomia dos entes federativos, foram constituídas instâncias colegiadas de pactuação intergestores nas esferas estaduais e federal (Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Comissão Intergestores Tripartite - CIT) e as respectivas entidades de representação municipal nas esferas estaduais (COSEMS) e Nacional (CONASEMS). A partir da exaustão do modelo de saúde municipalizada “autárquica”, com o Pacto pela Saúde constituíram-se Colegiados de Gestão Regional, através do resgate da diretriz da Regionalização do Sistema Único de Saúde, também como espaços bipartites de pactuação e produção de consensos sobre a política regional de saúde. A regulamentação recente da Lei Orgânica da Saúde através do Decreto 7.508 ressignificou o conceito de redes de atenção à saúde, provocando um movimento de reorganização territorial e demanda por processos de planejamento de caráter regional. No estado de São Paulo o processo bipartite de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS evidenciou como necessidade o fortalecimento de políticas estaduais de Atenção Básica, Regulação e Transporte Sanitário. Aliados à proposta de implantação das Redes Temáticas prioritárias definidas nacionalmente (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial, Rede Oncológica e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência) o desafio hoje dos municípios e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é integrar as ações e serviços de Saúde Bucal já existentes, bem como planejar sua ampliação, considerando a organização

do sistema e do cuidado em saúde em redes. É necessária a formulação de uma Política Estadual de Saúde Bucal onde sejam consensuados o modelo assistencial, a integração à redes e os compromissos tripartites de execução, financiamento e apoio técnico para seu desenvolvimento.

*Maria Fernanda Montezuma Tricoli (Coordenadora Estadual de Saúde Bucal - GTAE/CPS/SES - SP)*

A experiência de Redes de Atenção em Saúde- RAS é recente, com origem no início dos anos 90 da proposta de sistemas integrados de saúde, nos Estados Unidos; a idéia avançou para Europa Ocidental, Canadá e Países em desenvolvimento.

No Brasil, este processo afirma-se enquanto Representação Social após a *Municipalização dos anos 90*, quando se evidenciara a insuficiência dos municípios em assistir integralmente as necessidades de sua população. Era preciso redimensionar geográfica, cultural, social, política, e estruturalmente um novo desenho do sistema, que levasse em conta as desigualdades de estrutura e ofertas dos serviços nos diferentes níveis de atenção. Desta forma as RASes iniciam sua legitimação na Noas 2001, se estabelecem no Pacto de gestão em 2006 e viabiliza-se sua implantação na *portaria GM/MS nº 4279/10*; O papel estratégico e articulador dos Estados passa a ser visto como uma importante função na mediação das pressões políticas, econômicas e sociais.

No Estado de São Paulo, a conformação atual data da Deliberação CIB-36 de 21/09/2011, que re-desenha 17 territórios sanitários, as RRAS e define mecanismos de gestão regional: o Comitê Gestor de Rede e 63 Colegiados de Gestão de Redes. Entretanto a estrutura administrativa da SES-SP estabelecida pelo decreto nº 51.433 de 28/12/2006 por ocasião do Pacto pela Saúde-2006, sob o desenho das DRSes - Departamentos Regionais de Saúde ainda se mantém e torna-se um grande desafio para a construção da RRAS-SP tendo em vista a existência de regiões sob influência concomitante de dois diretórios, sendo o inverso também verdadeiro ou a presença de atores emblemáticos como o “articulador de rede”, os próprios “articuladores de saúde bucal”, ou o “comitê gestor de rede”, entre outros cuja integração coloca em cheque a unidade entre os sinônimos gestão e administração.

Para a Saúde Bucal o desafio de integrar-se à Rede demanda por políticas afirmativas como acontece nas redes temáticas propostas pelo ministério (Rede Cego-

nha, Urgência Emergência, Psico Social, Oncologia, “Deficientes” e a Saúde do Idoso) ou na priorização da Saúde Bucal no Estado-SP que, de certa forma, potencializa a construção de uma Rede de Saúde Bucal. É preciso “estar organizado” para conquistar pauta nas câmaras técnicas dos colegiados e se inserir entre as prioridades no processo de regionalização; Sob esta perspectiva apresenta-se um desenho da Atenção à Saúde Bucal no Estado de São Paulo com o mapa da distribuição dos equipamentos, recursos humanos, programas & incentivos e dos serviços a partir de cada município-SP, ora vistos como pontos a serem interligados que servirão de base a um constructo coletivo da Rede de Saúde/Saúde Bucal-SP.

“A desigualdade em saúde e saúde bucal prima pela multidisciplinaridade do cuidado com implantação de equipes multiprofissionais nos diversos níveis de atenção, para que as pessoas possam ser vistas na sua integralidade, em seus contextos com respeito a suas culturas e direitos.”

## **Mesa 2 – Integração ensino-serviço- comunidade: da concepção à prática**

*Ana Estela Haddad (FOUSP)*

A integração ensino-serviço-comunidade é uma das diretrizes que norteiam a reorientação da formação profissional em saúde, que vem se consolidando a partir do preceito constitucional de que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. Esta diretriz, ao lado de outras como a integralidade construída a partir do trabalho em equipe multiprofissional, as abordagens metodológicas ativas e problematizadoras e a pesquisa como princípio do desenvolvimento do trabalho em saúde, compuseram a política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde, desenvolvida e implementada nos últimos anos a partir da ação intersetorial da saúde e da educação. O desafio a ser enfrentado é o de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da formação e da gestão do trabalho, a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder à realidade de saúde da população e às necessidades do SUS. No plano da orientação educacional as bases para essa política seguem

os princípios da política de educação e as tendências contemporâneas de educação que tratam os processos educativos como movimento científico, técnico, ético e crítico-operacional de construção, de interação e de produção social onde a dinâmica da aprendizagem resulta do conhecimento multidimensional e interdisciplinar e da articulação com o processo de prestação de serviços. O eixo paradigmático que alinha e organiza a política de educação na saúde é a integração do ensino com a rede de prestação de serviços do SUS instituído como ato pedagógico que aproxima profissionais da rede de serviços de saúde das práticas pedagógicas e os professores dos processos de atenção em saúde, possibilitando a inovação e a transformação dos processos de ensino e de prestação de serviços de saúde. Tem-se como propósito desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação, induzir planos curriculares orientados para as prioridades expressas nos perfis epidemiológicos, demográficos e nos determinantes sociais de cada região do país, e, induzir a preparação de ambientes de aprendizagem em cenários de intersectorialidade. Essa construção, política e técnica da educação na saúde acontece a partir da articulação interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e do estabelecimento e cumprimento de agendas comuns entre: gestores da saúde e da educação, representantes de instituições de saúde e de educação; organizações profissionais da saúde e o controle social. A construção do trabalho articulado entre as instituições de ensino e o SUS deve partir da compreensão de que estão em jogo pontos de vista distintos, de que este trabalho articulado deve responder às necessidades de todas as partes envolvidas, com foco no usuário dos serviços e que estar na unidade de serviços não é o mesmo que estar inserido no processo de trabalho. É preciso oferecer aos estudantes a oportunidade de vivenciar realidades e contextos dos usuários, reconhecendo as potencialidades de seu modo de vida, diferentes cenários de produção da saúde e a produção de linhas de cuidado. A imagem-objetivo é a transformação da rede de serviços numa rede-escola em que todos estão permanentemente interagindo, refletindo e aprendendo a partir do processo de trabalho e da gestão do cuidado em saúde.

*Marlúvia Gonçalves de Carvalho Watanabe (FORP-USP)*

O Sistema Único de Saúde (SUS) avançou muito em

vários aspectos, desde a sua implantação. Porém, alguns desafios ainda necessitam ser superados. Entre eles, destacam-se a qualificação e formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, várias políticas públicas têm sido implementadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação direcionadas ao incentivo de mudanças curriculares no ensino superior em saúde, tendo como um dos eixos a diversificação dos cenários de prática e, conseqüentemente, a interação com os serviços de saúde do (SUS). Acompanhando esse movimento, a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo desenvolveu uma reestruturação curricular, a qual iniciou-se em 1998 e foi implantada em 2004. A opção feita pela unidade foi de aproximação com a Estratégia de Saúde da Família, já que esse modelo de atenção tem sido adotado como principal política pública de atenção primária em saúde no país. Assim, na nova estrutura curricular do curso foram implantadas atividades curriculares junto a equipes de saúde da família desde o primeiro ano, com duração e complexidade crescentes, visando o contato com a realidade social dos serviços de saúde, com o conceito ampliado de saúde, com o trabalho em equipe multiprofissional e exercício da interdisciplinaridade, e com o desenvolvimento de competências para o cuidado integral em saúde. Em decorrência da experiência vivida pode-se concluir que são aspectos importantes no processo de interação ensino/serviços de saúde: sensibilização do corpo docente da instituição de ensino para as mudanças internas necessárias para viabilizar o desenvolvimento de atividades fora dos muros da unidade; sensibilização dos dirigentes das instituições para a construção de parcerias que possam trazer benefícios tanto para o ensino, quanto para o serviço, mas principalmente, direta ou indiretamente, para a população; aproximação da academia à realidade dos serviços de saúde; construção conjunta academia/serviço de atividades a serem desenvolvidas, aproximando as necessidades de formação às da população assistida e à lógica da atenção; participação de docentes com perfil adequado para o desenvolvimento de atividades de ensino e assistência nos serviços de saúde; manutenção de canal permanente de articulação ensino/equipes de saúde/dirigentes institucionais; sensibilização contínua do corpo discente para as atividades desenvolvidas nos serviços, especialmente quanto ao compromisso e responsabilização frente aos profissionais e usuários; movimento conjunto da

academia e do serviço no sentido de buscar soluções para as dificuldades estruturais das unidades de saúde para o acolhimento da participação de estudantes; manutenção das políticas públicas que motivem e favoreçam a formação superior em saúde adequada à realidade social do país.

*Dirce Aparecida Valério da Fonseca (SMS-Piracicaba-SP)*

Este trabalho tem o objetivo de apresentar a relação entre a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e a Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP. A parceria iniciou-se em 1969 com a assinatura de um convênio entre as partes, para proporcionar estágio aos alunos de graduação na zona rural do município, com atendimento odontológico exclusivamente curativo em uma unidade móvel, supervisionado por dentistas do serviço. Em 1975 o estágio se amplia ao serviço odontológico municipal (SOM). A partir de 1989 é criado o estágio extra-muro, anteriormente desenvolvido no município de Paulínia. Os alunos de graduação prestam atendimento aos escolares da rede pública municipal em uma clínica instalada no prédio da antiga FOP. Os escolares são examinados em suas unidades escolares e classificados segundo o risco de cárie, os que apresentarem necessidades curativas são transportados em ônibus escolares até a clínica, acompanhados pela professora. Na escola são desenvolvidas atividades preventivas pela equipe de saúde bucal da sua área de abrangência, sendo que as atividades educativas incluem um teatro desenvolvido pelos alunos de graduação. Em 2005 a UNICAMP adere ao PRÓ-SAUDE,

programa de iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação, visando à formação de profissionais que respondam às necessidades apresentadas pelo SUS, ao seu fortalecimento e aproximando a formação e as necessidades da atenção básica, com isso o estágio se estende à Estratégia de Saúde da Família para alunos da Graduação e também Pós Graduação, proporcionando uma via de mão dupla, aos alunos à vivência do serviço e ao serviço à vivência da academia. Os alunos são envolvidos na rotina da unidade de saúde, buscando proporcionar uma visão multiprofissional, tendo a oportunidade de vivenciar as funções de todos os membros da equipe de saúde da família, e não apenas da equipe de saúde bucal, conhecendo as atribuições específicas e as comuns a todos os membros da equipe. Os relatos dos alunos, através do TELEDUC, uma ferramenta desenvolvida pelo Núcleo de Informática aplicada a Educação-UNICAMP para cursos à distancia, comprovam os benefícios da relação ensino-serviço. A prática do serviço proporciona aos alunos uma visão diferenciada do SUS, trabalhando na desconstrução de preconceitos e investindo na formação de profissionais com visão ampliada às necessidades do SUS. Os profissionais do serviço sentem-se mais motivados para o aperfeiçoamento profissional e aos usuários mais oportunidade de acesso ao serviço e educação em saúde. Portanto, a integração Ensino-Serviço-Comunidade é positiva e enriquecedora para todas as partes envolvidas, trazendo ganhos bilaterais, e prestando à comunidade um serviço de excelência e qualidade técnica na atenção.

## Parte II – Cursos

### Curso 1 - Atenção em Saúde Bucal para Usuários com Necessidades Especiais na Atenção Básica e Especializada

*Maria Lúcia Zarvos Varellis (CROSP)*

A atenção em saúde bucal para usuários de necessidades especiais na Atenção Básica e Especializada é de extrema importância para que se possa promover saúde como um todo.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde 10% da população tem algum comprometimento físico/sistêmico que faz com que esses necessitem de atenção específica para o tratamento odontológico integral e seguro.

Os profissionais da rede devem conhecer os pilares do SUS, as formas de encaminhamento e acolhimento na UBS e nos CEO's, para que seja possível realizar o tratamento odontológico adequando-o a peculiaridade de cada indivíduo, de maneira que o processo seja feito estritamente para promoção da saúde evitando complicações no transcurso do mesmo.

Ainda cabe ressaltar que a rede estando preparada para atender esta demanda na baixa e média complexidade, a necessidade de utilização dos serviços de alta complexidade ficam restritos efetivamente aos casos que dele necessitam.

### Curso 2 - Envelhecer e a Atenção em Saúde Bucal

*Doralice Severo da Cruz Teixeira (ABRASBUCA)*

O Brasil vive atualmente o fenômeno da transição demográfica demonstrada pelo aumento da proporção de idosos na população. Para que as aspirações de qualidade de vida na velhice sejam atendidas é necessário que o aumento do número de anos vividos seja acompanhado pela melhoria dos níveis de saúde coletiva e dos indicadores de capacidade funcional. O envelhecimento é uma conquista da humanidade, porém algumas pessoas tem dificuldade em aceitar que estão envelhecendo devido ao apelo negativo da palavra “velho”. O ser humano deseja ter uma vida longa mas, sonha não envelhecer. Há uma idéia subjacente a esse desejo que consiste em acreditar que a velhice feliz significa parecer jovem, o que leva muitos

idosos a valorizarem excessivamente a juventude que possuíram, vivendo do passado e desconhecendo os valores de sua própria velhice”. Nesse contexto, o idoso é considerado um peso, alguém que onera a sociedade e não lhe fornece benefícios econômicos de forma direta. Conseqüentemente, o idoso é marginalizado. Soma-se a isso vários preconceitos e, às vezes, incorporados pelos próprios idosos, que os apresentam como incapazes, limitados, ineficientes. Essas atitudes se refletem na prática diária dos serviços de saúde impedindo que os profissionais reconheçam sintomas que podem indicar o início ou a presença de alguma Síndrome Geriátrica identificando tais sinais como próprios da idade. As Síndromes geriátricas são condições vivenciadas pelos idosos, especialmente os frágeis, que podem levar a perda da capacidade funcional. Os sintomas são resultado não apenas de doenças específicas, mas do acúmulo de alterações em múltiplos sistemas, prejudicando a capacidade compensatória do organismo. Os principais problemas bucais, xerostomia, dificuldade de deglutição, alterações no paladar, perda da dimensão vertical, cárie, doença periodontal, perda dentária, próteses mal adaptadas ou qualquer outro problema que interfira na mastigação correta ou mudança de alimentação levando o idoso a perda de peso, potencializam o risco de desenvolver uma das síndromes tendo em vista que podem produzir incapacidades que nem sempre são percebidas como problemas funcionais importantes levando o idoso a um processo de fragilização. Nesse sentido, a saúde bucal é condição necessária para preservação da capacidade funcional e conseqüente aumento nos níveis de qualidade de vida. Para conhecer as condições de saúde bucal dos brasileiros foram realizados vários inquéritos cujos dados mostram as condições precárias de saúde bucal das pessoas idosas. O principal problema apresentado foi o edentulismo, marca da profunda desigualdade social do país. O processo acelerado de envelhecimento da população brasileira tem impacto importante nos serviços de saúde. Os profissionais devem estar preparados para atuarem na assistência, operacionalizando atividades que visem à prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e para o controle dos fatores que interferem no estado de saúde

dessa população. Sendo assim, o curso discutirá os seguintes temas: Epidemiologia do envelhecimento, mitos e preconceitos contra a pessoa idosa, a saúde bucal e as principais síndromes geriátricas, saúde bucal do idoso brasileiro segundo os dados do SBBrasil 2010, principais problemas bucais que acometem os idosos, interações medicamentosas.

### **Curso 3 - Educação em Saúde: concepções e práticas**

*Fábio Luiz Mialhe (FOP-UNICAMP)*

Esta apresentação teve como objetivo fornecer informações relacionados às ideologias, modelos e práticas educativas em saúde e saúde bucal, e foi desenvolvida a partir dos seguintes tópicos: definições de educação, saúde e educação em saúde; o modelo preventivo, educacional, radical e de *empoderamento* de Keith Tones; a “nova educação em saúde crítica” como impulsionadora do movimento de promoção da saúde; o impacto dos determinantes socioambientais e dos processos de socialização sobre a formação e manutenção dos comportamentos em saúde; a teoria social cognitiva de Albert Bandura; letramento em saúde. Por fim, foram apresentadas evidências de sucesso na área de educação em saúde bucal para os diversos grupos etários, a partir de estudos extraídos da literatura.

### **Curso 4 - As competências do TSB após a aprovação da Lei n 11889/08**

*Paulo Frazão (FSP-USP)*

Desde as primeiras experiências de participação do pessoal auxiliar em serviços odontológicos, com o advento da ‘Higienista Dental’ em 1913 nos Estados Unidos e da ‘Enfermeira Dentária Escolar’ em 1920 na Nova Zelândia, existe ampla documentação abrangendo vários países sobre a relevância de sua atuação na equipe de saúde bucal, tanto do ponto de vista da cobertura quanto da qualidade dos serviços e da redução dos custos. Em nosso país, a participação do pessoal auxiliar na prestação direta de serviços teve início nos anos 1950 em atividades odontológicas realizadas em escolas e em unidades básicas de saúde do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atual Fundação Nacional de Saúde. A limpeza dos dentes, a aplicação tópica de fluoretos e a educação em saúde eram atribuições dos auxiliares naquela época. Níveis elevados de prevalência de cárie dentária e de doença

periodontal, movimentos por direitos sociais, entre eles o direito à saúde, desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de assistência odontológica e o desenvolvimento científico-tecnológico contribuíram para a expansão do emprego de pessoal auxiliar nos serviços públicos odontológicos nas décadas de 1970 e 1980. A participação deixa de localizar-se apenas em algumas instituições, como por exemplo, SESP e Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para expandir-se em direção a outras organizações públicas dos setores de saúde e de educação do país. Nos anos seguintes, observa-se importante crescimento no número de escolas e de cursos de formação. O desenvolvimento da ocupação, culminou com a regulamentação, em 2008, do exercício da profissão de Técnico em Saúde Bucal (TSB), um processo que é resultado de esforços de atores e entidades sociais que têm compartilhando um projeto de reforma sanitária em perspectiva diversa a que motivou a reforma nos países de *Welfare State* e que tem por finalidade a construção de um sistema universal de cuidados em saúde. E essa reforma, no que pesem seus vários avanços, ainda enfrenta muitas resistências com origem na tradição liberal-privatista, que tem no corporativismo profissional um dos seus pilares. O objetivo deste curso é analisar as competências que, desde a aprovação da Lei 11.889/08, incumbem ao TSB no Brasil, incluindo os termos definidos para sua supervisão. Será apresentada uma análise documental, publicada em 2011, na Revista Trabalho, Educação e Saúde, em coautoria com o pesquisador Paulo Capel Narvai, comparando-se as competências definidas no referido instrumento legal com as previstas no Parecer 460/75 do Conselho Federal de Educação e na Resolução 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia. Técnicas de análise temática foram empregadas considerando-se as habilidades em termos de ações diretas e indiretas distribuídas em quatro áreas de competência: planejamento e administração em saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência individual. Embora as competências aprovadas na Lei tenham sido distribuídas em um número menor de itens, do ponto de vista qualitativo, os resultados da análise permitiram concluir que vários avanços foram obtidos com a regulamentação da profissão, nos termos aprovados, em todas as áreas de competência, com impacto positivo para o processo de trabalho em saúde, tanto com relação à cooperação interprofissional, quanto à supervisão técnica das

atividades, representando uma conquista relevante dos trabalhadores da área e, também uma contribuição significativa para avançar na ampliação do acesso aos serviços odontológicos.

## **Curso 5 - Saúde Bucal: assistência hospitalar**

*Carlos de Paula Eduardo (FO-USP, SES-SP)*

*Fernanda de Paula Eduardo (SES-SP)*

*Letícia Mello Bezinelli (SES-SP)*

A integralidade de ações em saúde deve se estender ao âmbito das ações de alta complexidade, e a saúde bucal constitui um dos eixos dessa integralidade. Diversos pacientes internados estão desprovidos de ações em saúde bucal nos Hospitais Estaduais de São Paulo. Estudos e experiências em hospitais têm mostrado que a inserção do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional de atendimento ao paciente sob internação contribui para minimizar o risco de infecção, melhorar a qualidade de vida, reduzir o tempo de internação, diminuir a quantidade de prescrição de medicamentos e a indicação de nutrição parenteral periférica, além de promover um atendimento completo ao paciente.

Diante dessa realidade, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES) desenvolveu um programa com objetivo de implantar a Saúde Bucal nos hospitais públicos do Estado que apresentarem necessidade. **DEFINIÇÕES DO PROGRAMA DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR:** 1) Missão: “Garantir a integralidade de ações em saúde para os pacientes internados pelo SUS e/ou pacientes que apresentem manifestações em cavidade bucal decorrentes da doença ou da terapia, em âmbito hospitalar, por meio da inserção do profissional de saúde bucal na equipe multidisciplinar de atendimento”; 2) Visão: “Tornar a saúde bucal dos hospitais do Estado de São Paulo como referência de modelo de atuação no Brasil”; 3) Propósito: Incluir a Odontologia Hospitalar como atividade-fim nos Hospitais Estaduais, intensificar a ação de grupos já existentes voltados à saúde bucal hospitalar. **CONCEITO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR:** conjunto de ações diagnósticas, preventivas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto da equipe multidisciplinar, direcionadas ao paciente da Instituição. **PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA - CARACTERÍSTICAS:** O profissional deve

ser cirurgião-dentista clínico geral, com especialidade em pacientes especiais e ou experiência comprovada em atendimento hospitalar. O profissional deve ter experiência na atuação clínica em ambiente hospitalar, conhecendo em profundidade fluxo de pacientes, gestão do trabalho, linguagem médica, interpretação de exames complementares nas diversas especialidades médicas e registro de informações em prontuário médico. Esse profissional não sobrepõe a atuação do Cirurgião Bucomaxilofacial, mas sim corrobora com as equipes já existentes para prover o atendimento odontológico em ambiente hospitalar. **CONCLUSÃO:** o cirurgião-dentista em ambiente hospitalar deverá ter foco no cuidado ao paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença bucal, ou cuja doença bucal possa ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença sistêmica. Dessa maneira, o seminário irá abordar sobre o Programa de Odontologia Hospitalar e ilustrar diversas situações clínicas de assistência odontológica no âmbito hospitalar.

## **Curso 6 - Saúde Bucal: assistência no domicílio**

*Juliano Pelim Pessan (FOA-UNESP)*

O atendimento odontológico domiciliar (AOD) consiste na ida do cirurgião-dentista à residência ou outro ambiente no qual o paciente se encontra, com o objetivo de levar atendimento de caráter preventivo e/ou curativo ao paciente. Pode-se dizer que a oferta de cuidados de saúde em domicílio não é algo novo, ou uma tendência do momento. Esta modalidade de atendimento tem sido praticada por muito tempo por profissionais de outras áreas do serviço de saúde, como a Enfermagem e Fisioterapia, mas somente nas últimas décadas tem ganhado destaque na Odontologia, tanto na esfera pública como privada.

Em princípio, o público-alvo principal do AOD compreende indivíduos com dificuldade de locomoção, idosos, pacientes acamados e portadores de necessidades especiais, com o objetivo principal de aliviar a dor e restabelecer a forma e função dos dentes. Neste contexto, encontram-se pacientes com necessidades de tratamento de complexidades diversas, incluindo controle de placa bacteriana, remoção de cálculo dental, aplicação de agentes fluoretados e antibacterianos, restaurações e procedimentos esté-

ticos, confecção e adaptação de próteses, bem como procedimentos cirúrgicos. O tratamento endodôntico e outros procedimentos que dependem da obtenção de imagem radiográfica ficam limitados, ou mesmo inviabilizados, devido à impossibilidade de realizar o exame radiográfico fora do consultório odontológico. Além do público acima descrito, recentemente tem-se observado uma oferta crescente do AOD a pacientes que buscam esse tipo de atendimento devido a fatores como conveniência e conforto do atendimento no lar, bem como a falta de tempo.

Para a realização do AOD, o profissional utiliza equipamento odontológico portátil, podendo executar os procedimentos em uma cadeira dobrável, em uma maca ou mesmo na cama do paciente. Cabe ressaltar que, além de cuidados odontológicos, a maioria dos pacientes que necessitam de atendimento domiciliar freqüentemente apresenta outras alterações de ordem sistêmica. Assim, é imperativo que o cirurgião-dentista que trabalha com AOD tenha um conhecimento geral do paciente, por meio do estabelecimento de uma equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais da Medicina, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, dentre outros. Ressalta-se ainda que, embora o atendimento odontológico seja oferecido na casa do paciente, os mesmos princípios legais e éticos seguidos no consultório devem ser obedecidos, especialmente no que se refere ao detalhado e cuidadoso do prontuário, bem como na obtenção do termo de consentimento por escrito por parte do paciente ou de seu representante legal.

Por fim, nota-se que, ao mesmo tempo que o AOD apresenta benefícios para o paciente, este apresenta algumas desvantagens para ambos o paciente e o profissional. Estas incluem um número restrito de procedimentos clínicos, falta de ergonomia e, em muitos casos, comprometimento dos padrões ideais de biossegurança, o que gera desgaste para o profissional e sua equipe. Assim, pode-se concluir que o AOD se constitui em uma boa estratégia de atendimento a pacientes que, por razões diversas, estão dificultados ou impossibilitados de receberem atendimento odontológico convencional em consultório. Ressalta-se que o caráter educativo deve ser sempre enfatizado, especialmente junto aos cuidadores destes pacientes, de forma a promover o restabelecimento e manutenção da saúde bucal destes indivíduos.

## Curso 7 - Pesquisa na rede SUS: princípios e desafios

*Dalton Luiz de Paula Ramos (FO-USP, CONEP-CNS/MS)*

É evidente o crescimento da pesquisa odontológica no Brasil. Isto se deve a maior qualificação dos pesquisadores e dos centros de pesquisas brasileiros como também a maior oferta de recursos para a realização destas pesquisas. E não são só pesquisas nacionais. Todo um processo de globalização associado à maior inserção e destaque no Brasil no cenário internacional coloca-nos como parceiros em potencial para o desenvolvimento de pesquisas multicentro-internacionais. Além dos insumos provenientes de agências de fomento brasileiras despontam parceiros internacionais que se interessam em patrocinar pesquisas, muitos destes são empresas. Por sua vez, a rede pública de atenção à saúde, vinculada ao SUS, representa um universo rico em diversidade de situações de perfis sociais, econômicos e étnicos, com distintas características epidemiológicas, de grande interesse para os desenhos das populações amostrais das pesquisas, clínicas ou observacionais. E o específico da Odontologia não foge desse quadro geral. Além dos aspectos de relevância científica, como em qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, devemos pautar os aspectos éticos. Já dispomos, no Brasil, de consistente normativa regulatória para a apreciação ética dessas pesquisas o que condicionou a implantação do chamado Sistema CEP/CONEP constituído de um conjunto de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), muitos dos quais sediados em órgão públicos gestores, como secretarias municipais ou estaduais de saúde, que trabalham vinculados a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) pautando-se nas diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde na apreciação ética de protocolos de pesquisas. Os princípios basilares dessa apreciação ética são a proteção dos sujeitos de pesquisa e os interesses da sociedade que passam, obviamente, pelo desenvolvimento técnico-científico. Daí decorrem alguns pontos de interesse ético, para se apreciar a oportunidade da pesquisa se realizar na Rede SUS. Um primeiro deles deve considerar as eventuais condições de vulnerabilidade que identificamos em muitos dos usuários da Rede, situação inerente a perfis sociais de maior carência, associada a efetiva dependência que essas populações tem desses recursos públicos de saúde,

como única opção de acesso aos recursos terapêuticos. Esse quadro pode ser comprometedor do voluntariado. Um segundo se refere ao uso dos recursos do SUS para o desenvolvimento da pesquisa. Mesmo existindo um patrocinador deve-se considerar se os experimentos envolvem recursos públicos (tempo dos técnicos, alocação de insumos como, por exemplo, medicamentos ou mesmo disponibilidade de vagas para atendimentos) que por limitações já na oferta original a realização da pesquisa poderá estar restringindo ainda mais o acesso de outros usuários. E um terceiro ponto refere-se ao efetivo interesse da proposta da pesquisa, e de seus resultados, às políticas públicas de forma a se garantir um benefício direto à Rede e a seus usuários. Em síntese devemos nos perguntar: Interessa ao SUS a realização de determinada pesquisa? Esta trará benefícios diretos para o aprimoramento dos serviços oferecidos pelo SUS? A população diretamente envolvida com a pesquisa está sendo respeitada no processo voluntário de decisão em colaborar com a pesquisa?

## **Curso 8 - PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

*Wellington Mendes Carvalho (MS)*

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40%, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ se insere em um contexto no qual o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde

com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Nesse contexto, a saúde bucal insere-se como parte do PMAQ, considerando principalmente que atenção básica de qualidade só pode ser conseguida se também contemplar ações de promoção, prevenção e promoção da saúde bucal. Assim, na busca constante da integralidade da atenção, o PMAQ contempla inúmeras questões ligadas a atenção em saúde bucal, dando ênfase aos processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal que melhoram o acesso e qualidade deste serviço à população.

## **Curso 9 - Convênios, Contratos e Financiamento de Ações de Saúde Bucal dos Municípios**

*Gilberto de Brito Ferreira (Coordenadoria Financeira e Orçamentária da SMS-SP)*

Após duas décadas do advento e da consolidação do Sistema Único de Saúde, os profissionais de saúde pública ainda lidam dia a dia com os inúmeros desafios que cercam esse universo. Há uma crescente demanda de ações e serviços para uma disponibilidade insuficiente de recursos, exigindo dos gestores um esforço descomunal para atender minimamente a população, tudo isso frente à crescente presença e cobrança da sociedade e dos órgãos de controle interno e externo. Com fulcro nessa realidade a palestra discorrerá sobre: Financiamento de ações de saúde bucal dos municípios, a importância da saúde bucal no contexto do SUS; a legislação relacionada às transferências de recursos federais; recursos estaduais e federais disponíveis; a responsabilidade das esferas de governo; os passos para a solicitação de recursos; as vantagens e desvantagens das modalidades de repasses; proposição, execução, fiscalização e prestação de contas de convênios; plano de trabalho; plano de aplicação; despesas proibidas; principais erros e problemas na execução de convênios e fundo a fundo e responsabilização dos gestores. Serão abordados também os principais tópicos constantes nas legislações recentes que tratam de transferências voluntárias.

*Luiz Carlos Casarin (DARAS - MS)*

O financiamento da saúde no Brasil é tema cada vez mais presente numa carregada agenda de discussões.

Também é parte integrante do repertório de teóricos, políticos, técnicos, empresários, trabalhadores, enfim, de toda a população. É inegável a evolução e a qualificação da prestação dos serviços públicos de saúde no Brasil nas últimas décadas. Contudo, isso não significa que temos hoje um sistema de saúde eficaz e exemplar. Temos muitos problemas a enfrentar, em especial na luta pela consolidação e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS - uma política pública que busca a universalidade no cuidado em saúde trazendo ao cidadão a saúde como direito e ao Estado o dever de executá-la de maneira integral e equânime. De maneira semelhante ao consenso de que a saúde melhorou e tem muito a melhorar, também é fato que o seu custo é alto. Daí a importância de compreensão das diversas formas de financiamento da saúde, seja ele público ou privado. Para isso é preciso também olhar a evolução das políticas de saúde no Brasil, especialmente antes e depois da implantação do SUS. Num país onde uma parcela expressiva dos cidadãos (15,9%) - o equivalente a 27,9 milhões de brasileiros - declarou nunca ter feito uma consulta ao dentista (PNAD/IBGE, 2003), a saúde bucal carece de especial atenção e precisa estar presente no sistema público de saúde. Semelhante a outras ações e serviços, a Saúde Bucal carece de compreensão e, especialmente, de investimentos. Nesse sentido, o Curso pretende destacar e discutir como pontos principais: 1) Financiamento em Saúde (Contexto histórico do financiamento das políticas de saúde no Brasil; O financiamento do Sistema Único de Saúde; Emenda Constitucional 29 - síntese atual do financiamento; O financiamento com o Pacto pela Saúde; 2) Financiamento da Saúde Bucal (Evolução do financiamento em Saúde Bucal; Gasto e evolução do mercado privado em Saúde Bucal; Investimento Federal - A Política Nacional de Saúde Bucal; Mecanismos atuais de repasses de recursos em Saúde Bucal).

## **Curso 10 - Gestão da Saúde Bucal : organização das ações, acompanhamento, controle, monitoramento, avaliação e organização da demanda**

*Marcus Vinícius Diniz Grigoletto (APS Santa Marcelina-SP, UNASUS - UNIFESP/UFPe)*

Com a ampliação do número de equipes de saúde da família, assim como das equipes odontológicas, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde

bucal assumiram desde o ano 2000, papel fundamental na assistência odontológica dos usuários cadastrados nas equipes da ESF. Até o início de 2012 cerca de duas mil e cem equipes de saúde bucal estavam atuando no Estado de São Paulo, tendo quatrocentos municípios com suas especificidades e particularidades regionais, planejando, organizando, executando e interferindo na saúde bucal da população. Medir o impacto destas ações, monitorar e acompanhar os processos implantados pelos serviços assistenciais além de avaliá-los, tornam-se, portanto, ações fundamentais em busca da qualidade da assistência e de alcance das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Serão discutidas no curso, ferramentas de avaliação e monitoramento utilizadas pela APS Santa Marcelina, parceira da Secretaria Municipal de São Paulo, assim como as ferramentas de uso nacional propostos pelo Ministério da Saúde em especial o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

*Diego Garcia Diniz (SMS-Sorocaba-SP)*

Um dos principais problemas enfrentados atualmente no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais. Os profissionais ainda anseiam por um protocolo definido ou um modelo específico e aplicável a qualquer situação, entretanto, nesse tema inexistente a figura do “manual de instruções” justamente por sua complexidade, dinamicidade e necessidade de se considerar as características locais. Na esfera dessa problemática vários fatores podem interferir, dentre eles: os recursos humanos e materiais, o perfil da população-alvo, a política municipal e seu plano de saúde bem como o momento histórico vivenciado. Essa apresentação pautará na revisão teórica dos assuntos relacionados à organização da demanda em saúde bucal, no serviço público, com a exposição prática de uma experiência real na estratégia de saúde da família, modelo prioritário para a reorganização da atenção básica no Brasil. Será abordada a forma como foi conduzido o planejamento estratégico local e suas etapas: identificação dos problemas, sua classificação e priorização, definição dos objetivos e metas, proposição das atividades, identificação dos recursos necessários, execução das atividades, monitoramento e avaliação do processo; todo contexto orientado pelos princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, aí incluídos, universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, acolhimento, inte-

gralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

## **Curso 11 - O trabalho do Conselheiro de Saúde: desafios da Gestão Participativa. Por que participar dos Conselhos de Saúde?**

*Marco Antônio Manfredini (CROSP)*

O acesso à assistência odontológica pública é um dos principais problemas na área de saúde bucal. Neste trabalho, se analisam as representações sociais sobre “saúde bucal” e “controle social” entre lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde (UMPS). A pesquisa foi qualitativa, com orientação analítico-descritiva, mediante realização de grupos focais com lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (UMPS). Para a organização e apresentação dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O processo saúde-doença foi reconhecido como socialmente determinado. Em relação ao entendimento de saúde bucal como necessidade, houve antagonismo. A associação de saúde bucal à saúde geral foi apontada como razão de necessidade. A não identificação da saúde bucal como prioridade foi atribuída à população, aos fatores econômicos, aos governos e à falta de vinculação entre saúde bucal e saúde geral. O princípio da universalização na saúde bucal gerou discursos contraditórios, com forte presença da ideia de que a assistência odontológica deve ser dirigida para as crianças, com a presença de cirurgiões-dentistas nas escolas. As lideranças apontam que a assistência odontológica pública é insuficiente para garantir o acesso; não é resolutiva; tem problemas de infra-estrutura; e dispõe de profissionais que não atendem às exigências da comunidade. A organização da população é condição necessária para a implantação e manutenção de serviços assistenciais, por parte do Estado. Há um forte componente do conceito de saúde enquanto direito de cidadania, e de que a luta política e social é um vetor para a organização de redes assistenciais. Em relação à especificidade da saúde bucal no controle social, emergiram falas contraditórias. As representações sociais de lideranças comunitárias convergem com o que se encontra na literatura sobre saúde bucal em São Paulo.

*Tiago Noel Ribeiro*

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/1990, de 28/12/1990) determinou que a União (governo federal), os estados e os municípios deveriam criar os conselhos de saúde. A existência do conselho de saúde é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei. Os conselhos de saúde são a garantia de melhoria contínua do nosso sistema de saúde. Os conselhos têm caráter permanente, deliberativo e são um órgão colegiado. A primeira característica implica que o conselho de saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. É necessária outra lei federal para que ele possa ser extinto. Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Assim, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão. Um órgão colegiado é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. Os conselhos de saúde são compostos por 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores da saúde. Como são espaços recentes na cultura política, seu funcionamento é marcado por diferenças locais. Do ponto de vista dos conselheiros algumas questões acerca do seu trabalho podem ser apresentadas: O que é ser conselheiro? Qual o poder do conselheiro? O que pode o conselheiro? As tarefas dos conselheiros não estão dadas *a priori*, são construídas nas atividades que desenvolvem todos os dias. Nesse sentido debater essas questões evidencia as contradições da atuação dos conselheiros nas políticas públicas de saúde.

## **Curso 12 - Práticas de Vigilância em Saúde Bucal**

*Ana Cristina Allegretti (SMS-Curitiba-PR)*

A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações com o objetivo de intervir sobre determinantes sociais e controlar riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado. A origem do termo “vigilância” significa: observar atentamente, estar de sentinela, procurar, cuidar, e em sua tradução para a saúde envolve tanto abordagens individuais quanto coletivas, referentes aos problemas e agravos em saúde (bucal). Historicamente a Vigilân-

cia em Saúde está relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, aos modelos de atenção e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das patologias. Atualmente este conceito envolve principalmente ações da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental, que permitem subsidiar os processos de planejamento e tomada de decisão, em tempo oportuno, nos níveis central, distrital e local do Sistema Único de Saúde. Nos últimos anos, no Brasil, tem-se observado muitos avanços em relação ao conhecimento e monitoramento de doenças e agravos bucais (Epidemiologia), ampliação das equipes de Saúde Bucal da Família, ampliação e fortalecimento dos níveis de Atenção em saúde bucal, da Rede de Atenção, do pensamento voltado às Linhas de Cuidado, estratégias que concretizam a lógica da Vigilância em Saúde. Contudo, constata-se ainda um caminho a percorrer: a busca por indicadores de resultados em saúde bucal (em contraposição a apenas indicadores de procedimentos), efetiva integração à Atenção Básica (onde o profissional poderá exercer não só a função assistencial, mas também de promotor da saúde), planejamento de estratégias baseadas na comunidade e cuidado das condições crônicas.

### **Curso 13 - Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)**

*Doralice Severo da Cruz Teixeira (ABRASBUCA)*

O TRA constitui uma técnica de tratamento da cárie minimamente invasivo, dispensa instalações sofisticadas e pode ser adotado como estratégia para redução de necessidades acumuladas em saúde bucal em todas as idades.

Em 2005 com a universalização do acesso o TRA, que já era realizado junto à população infantil prioritariamente em espaços escolares, passou a fazer parte da política de atenção à saúde bucal na Cidade de São Paulo, tanto nas unidades básicas de saúde quanto em programas de atenção à saúde de escolares, como é hoje o Aprendendo com Saúde, com resultados muito animadores.

Os resultados de sua utilização na cidade de São Paulo são muito positivos, reduzem dor e o sofrimento provocados pela cárie, aumentam a chance de manutenção de elementos dentais atacados pela doença, reduz as perdas dentárias por cárie e atendimentos de urgência.

### **Curso 14 - Protocolo sobre implantes no SUS**

*Sérgio Narciso Lima*

O curso apresentará a importância do diagnóstico dos focos de inflamação bucais, ou seja, as infecções Odontogênicas, e sua grave consequência para a saúde das pessoas. Por exemplo: Endocardites, infarto, alterações no Diabetes e as alterações vasculares graves. Descreveremos como elas acontecem. Mostraremos os Protocolos a serem seguidos, utilizando para isso os Implantes, seus recursos de Regeneração Óssea Guiada, para eliminação dos focos de inflamação e a reposição dos dentes ou tecidos perdidos nestes procedimentos. Mostraremos um Protocolo simplificado para a fixação de próteses totais, instáveis, utilizando 2 implantes com O`rings. Mostraremos os casos clínicos mais comuns de infecções Odontogênicas e seu tratamento com ROG e Implantes Pross, para esclarecimento desses Protocolos que serão propostos ao SUS.

*Ronaldo José Silva*

Milhões de pessoas em todo o mundo ainda não usufruem dos benefícios da osseointegração. O tratamento reabilitador oral com prótese total sobre implantes tem sido cada vez mais adotado pelos especialistas na área de reabilitação oral. Esta é uma alternativa para a obtenção de retenção e estabilidade em tratamentos com próteses totais convencionais, acredita-se que dois implantes são suficientes para reter uma overdenture satisfatoriamente. O objetivo deste estudo foi avaliar dezesseis pacientes, após a instalação de overdenture inferior, por meio da atividades eletromiográfica dos músculos masseteres e temporais, da força de mordida molar e incisiva máxima e da análise da frequência de ressonância da estabilidade inicial e tardia dos implantes utilizados na retenção das overdentures, sob carga imediata. Para estas análises foram utilizados eletromiógrafo Myosystem - Br1; o diâmetro modelo IDDK Kratos e o aparelho Ostell. A análise estatística foi executada utilizando o teste de medidas repetidas (SPSS 12.0). Verificou-se diminuição da atividade eletromiográfica no repouso, lateralidade e protusão mandibular, aumento da força de mordida molar e incisiva máxima e aumento dos quocientes de estabilidade dos implantes após quinze meses do tratamento reabilitador. Todos os pacientes relataram melhora significativa em todos os aspectos funcionais e estéticos do sistema estomatognático. Concluiu-se que o uso de

overdenture sobre dois implantes inferiores deve-se tornar o tratamento de escolha para indivíduos desdentados inferiores

## Curso 15 - Experiências de formação e trabalho de TSB e ASB: potencializando o trabalho em equipe

*Jaqueline Alves Lopes Sartori (SMS-SP, ETSUS-SP/SEM, SENAC-SP)*

A Escola Técnica do SUS do Município de São Paulo (ETSUS-SP), está vinculada à Escola Municipal de Saúde (EMS), que é o antigo CEFOR (do Município de São Paulo). A transformação do antigo CEFOR em Escola Municipal de Saúde expandirá seu raio de atuação, ampliando sua abrangência na formação e desenvolvimento do conhecimento, tornando-se um pólo irradiador para a construção de Políticas de Saúde no Município. A ETSUS-SP tem como objetivos: formar trabalhadores comprometidos com a consolidação do SUS, propiciando situações de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento das competências profissionais nas dimensões: técnica, ética, política e comunicativa, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população. Para a área de Saúde Bucal: formar Técnicos em Saúde Bucal para atuar junto às equipes multiprofissionais e de saúde bucal, que desenvolvam ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais em domicílios e coletividades, no campo de interface intersetorial, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como ações de assistência à saúde bucal. Os nossos cursos são planejados na concepção de currículo integrado, onde teoria e prática mantêm permanente correlação, desenvolvido em períodos concomitantes de teoria e prática. O conteúdo programático do curso está organizado de forma que os assuntos vão sendo retomados em sucessivas aproximações ao objeto do conhecimento, favorecendo o aprendizado. Assim, a construção das competências, nas situações de ensino-aprendizagem incorpora as três dimensões do conhecimento: o saber conhecer, o saber fazer e o saber ser. Nas situações de ensino-aprendizagem na qual se privilegia a dimensão do saber conhecer, os alunos são reunidos em sala de aula, em turmas de aproximadamente 30, e com a orientação direta de docentes desenvolvem as atividades planejadas no currículo. Nas situações de ensino-aprendizagem cuja ênfase recai no saber fazer,

os alunos desenvolvem suas atividades práticas onde exercitam as competências inerentes ao perfil profissional. Por tratar-se de integração ensino-serviço, todas as atividades serão sempre acompanhadas por um docente participante do processo de trabalho da unidade de saúde, capacitado para acompanhar e avaliar o processo ensino-aprendizagem. Prevê-se o máximo de 10 alunos para cada docente. O saber ser, considerado transversal a todas as competências, se expressa pela capacidade de crítica, ética, convivência, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas. Considera-se o aluno-trabalhador como sujeito ativo na construção de seu conhecimento, aprimorando-se no mundo do trabalho e na prática social, tendo como objetivo maior desenvolver os meios para o processo contínuo de aprendizagem. A metodologia utilizada é a problematização. Entre os anos de 1990 e 1998, foram formados 595 auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e 69 Técnicos em Saúde Bucal (TSB), pelo então CEFOR. A partir de 2002, a ETSUS-SP formou 150 Auxiliares em Saúde Bucal entre 2003 e 2008 e 89 Técnicos em Saúde Bucal no ano de 2008. As vantagens da formação em serviço são: Ajudar na reorganização da atenção em saúde; os trabalhadores recebem formação e realizam as atividades práticas em serviço; os funcionários ficam afastados do serviço somente no momento das aulas teóricas; a formação é voltada para as necessidades do serviço; os docentes ao se prepararem para acompanhar o aluno na prática e nas aulas teóricas, estão sendo capacitados e atualizados em sua prática profissional.

*Celina P. S. Lopes (APATESB)*

O Projeto Multiplicadores de Sorrisos é realizado durante o mês de outubro, mês que se comemora a Semana do Idoso e Semana dos Bons Dentes. O Projeto realizado com adolescentes é uma parceira da Área da Saúde Bucal do Centro de Saúde da Vila Ipê com a E.E. Procópio Ferreira. As ações iniciam-se no segundo semestre. A escola indica 10 alunos, entre eles, adolescentes com bom desempenho escolar e outros com objetivo de melhorar as relações e o compromisso com a escola. Para a terceira idade, o Projeto Multiplicadores de Sorrisos é adaptado com metodologia específica, a captação dos integrantes deste grupo é feita com a colaboração dos profissionais da Área do Adulto, que sugerem e convidam usuários com perfil para as atividades do Projeto. O Projeto tem uma fase de capacitação do grupo que prevê cinco encontros, distintos, com

adolescente e terceira idade, nos quais, são realizadas dinâmicas interativas específicas a cada grupo com objetivo de integrar e preparar para a atividade propriamente dita que consiste na apresentação de uma Feira de Saúde Bucal com exposição de macro modelos, cartazes, escovas etc. Para isso unidade de Saúde tem sua rotina alterada para disponibilizar espaço físico. Durante a atividade, os participantes abordam os usuários do centro de Saúde e recebem visitas de escolares e professores previamente agendados. O projeto é encerrado com confraternização entre os funcionários da Unidade, idosos e alunos do projeto, que recebem um Kit de higiene Bucal e certificado de participação. A atividade é uma rica e emocionante troca, tem momentos que algumas demandas parecem que vão comprometer o Projeto, mas é cuidado carinhosamente pela equipe, garantindo sua manutenção.

*Tania Izabel Massarão (PREASA)*

O tema da apresentação será sobre o Projeto de Educação Ampliada em Saúde do Adolescente, **PREASA**. Serão apresentadas as motivações e necessidades que culminaram na formação do projeto, direcionada a alunos de 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries, das escolas assistidas pela palestrante, que utilizou cartilha voltada para esse público, sendo essa confeccionada pela T.S.B., utilizando material de papelaria simples com copiadora, a cartilha **FALAE BELEZA?!?! Assuntos como: Nutrição (bulimia, anorexia, fagofobia e vigorexia), Sexualidade/Gravidez/DSTs/AIDS; Beleza, higiene corporal e BUCAL; PIERCING e tatuagem, bem como drogas, tabagismo e álcool, são abordados no projeto adequando a realidade da comunidade assistida, e será apresentado o método utilizado, bem como a atuação de seus participantes. O**

projeto objetiva a prevenção de doenças e alerta para o autocuidado com vínculo no serviço de saúde, através a educação, tendo a participação de equipe multidisciplinar do centro de saúde. É o profissional da odontologia ampliando o trabalho em equipe.

*Fabiano Tonaco Borges (UFMT-MT)*

A luta dos trabalhadores de nível médio no Brasil por reconhecimento profissional e valorização da carreira no SUS orientam as políticas de formação no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. Desse ponto de partida, o objetivo desta apresentação será discutir os mecanismos de formação profissionalizante em saúde bucal, contextualizando politicamente os técnicos e auxiliares de saúde bucal no espaço de elaboração de políticas educacionais para o SUS. Para tanto, estruturou-se a discussão a partir dos referenciais políticos-educacionais que marcaram a educação profissional de nível médio no Brasil no campo da saúde, momento em que se apresentará o modelo brasileiro das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), bem como os mecanismos de acesso à qualificação e formação em serviço. Será discutida a política nacional de educação permanente na sua dimensão organizativa, demonstrando suas potencialidades de qualificação profissional e de superação da precarização do trabalho no SUS, a partir da organização dos trabalhadores nos municípios juntos aos colegiados de gestão do SUS. Após apresentar-se-á três experiências de formação profissionalizante em saúde bucal: o itinerário formativo do ASB em TSB; as especializações de nível técnico para o TSB em saúde do idoso e odontologia para pacientes especiais, finalizando dessa forma a discussão.

# Parte III – Resumos dos trabalhos apresentados

## Eixo I – Atenção integral em saúde bucal

### **ET01A101-Lesões bucais e necessidade de prótese total em idosos de Piracicaba-SP, de 2007 a 2011.**

DA COSTA, AM (FCM-UNICAMP); TÔRRES, LHN (FOP-UNICAMP); FONSECA, DAV (FOP-UNICAMP); SOUSA, MLR (FOP-UNICAMP)

Lesões em tecido mole bucal podem estar relacionadas à utilização de próteses dentárias mal adaptadas que devem ser substituídas. O objetivo deste trabalho foi verificar a presença de lesões e a necessidade de reabilitação protética de idosos examinados durante a Campanha de Prevenção ao Câncer Bucal dos anos de 2007 a 2011 em 41 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Piracicaba-SP, segundo as 6 regiões administrativas do município. Exames clínicos foram realizados por cirurgiões-dentistas treinados previamente segundo as variáveis de interesse. Os dados foram analisados segundo Teste Qui-Quadrado de tendência com significância de  $p > 0,05$ . No ano de 2007, 3452 idosos foram examinados sendo que 8,8% mostraram lesões em tecido mole e 16,7% necessitavam de prótese total (PT) dupla, ambas variáveis foram mais prevalentes na Zona Norte. Em 2008, 2508 examinados e destes, 7,1% apresentaram lesões de tecido mole, tendo a Zona Norte a maior incidência. Já a necessidade de prótese total correspondeu a 12,3%, tendo a Zona Oeste, maior representação de necessidade. Em 2009, dos 2756 examinados, 13,4% apresentaram lesões sendo a maior incidência na Zona Norte. Quanto à necessidade de (PT) dupla, 17,2%, apresentando a Zona Oeste maior prevalência. Em 2010, 3041 idosos, e destes 9,6% apresentaram lesões, sendo a Zona Norte a maior representação. 13,9% dos idosos necessitavam de (PT) dupla, sendo a Zona Oeste a mais expressiva. Enquanto que em 2011, das 2217 avaliações, 8,1% mostraram lesões e 9,9% necessidade de prótese. As lesões variaram de 2,3% à 43,3% e a necessidade de (PT) dupla de 3,3% à 49%, sendo mais prevalentes nas Zonas Norte e Oeste. Entretanto cabe ressaltar que a Zona Rural apresentou aumento gradual de ambas variáveis durante o período avaliado. Os resultados sugerem que, pelos altos percentuais

de lesões e de necessidade de prótese, é necessário monitoramento da saúde bucal de idosos bem como tratamento direcionado à esta faixa etária.

### **ET01A102-Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia em Campinas-SP, Brasil.**

SOARES, ACB, VAZQUEZ, FL, GUERRA, LM, VÍTOR, ES, AMBROSANO, GMB, MIALHE, FL, MENEZES, MC, PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP)

Avaliou-se a atenção secundária em saúde bucal no município de Campinas em relação a: referência e contra-referência; distribuição da oferta em número absoluto e relativo; variáveis socioeconômicas e percepção dos usuários. O estudo foi observacional exploratório em duas Regiões Administrativas de Saúde (RAS): Sudoeste (com Centro de Especialidades Odontológicas-CEO), e Norte (sem CEO). Houve discrepâncias da oferta em relação à distribuição por especialidades e para os coeficientes de tratamentos especializados nas duas RAS. Houve correlação entre as variáveis: % responsáveis com renda até 2 salários mínimos e média de número de anos estudados com tratamentos especializados totais e de endodontia na região Norte ( $p < 0,05$ ). A demanda reprimida apresentou variações em ambas as RAS. A maioria dos usuários realizou os tratamentos especializados; referiu ter sido bem atendida e esperou menos de 1 mês para o agendamento. O modelo de atenção com ou sem a instalação do CEO não influenciou no acesso à atenção secundária. Na Região Norte, a correlação dos coeficientes de demanda atendida e variáveis socioeconômicas apontou para maior compromisso com a integralidade e a equidade.

### **ET01A103-A prática da saúde bucal nas equipes de saúde da família**

SILVEIRA, F (FORP-USP); WATANABE, MGC (FORP-USP); MISHIMA, SM (EERP-USP)

Esta pesquisa tem por objetivo investigar as possibilidades e os limites para a construção de práticas de Saúde Bucal na produção de cuidado à Saúde por uma

Equipe de Saúde da Família. A interação de saberes e a articulação de ações entre atores de distintas disciplinas da saúde podem levar a uma relação interdisciplinar e conformar um campo de competências e responsabilidades voltado para ações de Saúde Bucal Coletiva. O Ministério da Saúde tem enfatizado, junto às equipes de saúde a adoção de práticas interdisciplinares por meio das políticas de Atenção Básica à Saúde, Estratégia Saúde da Família e das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal. Trata-se de um estudo cartográfico do cotidiano da equipe baseado na perspectiva da Pesquisa-Intervenção e fundamentado no Movimento Institucionalista. Trabalhou-se com dados primários produzidos nas reuniões de equipe administrativas e de discussão de casos de família que foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Também fizeram parte dos dados o diário de campo das atividades de observação participante e das reuniões do grupo de pesquisa e de estudo. No percurso da pesquisa, foram produzidos analisadores que tiveram o objetivo de mobilizar a equipe para produzir um conhecimento a respeito de seu processo de trabalho e da Saúde Bucal, tais como a organização da agenda da Saúde Bucal; a equipe e uma de suas famílias: o caso da família do Sabiá Laranjeira e a discussão sobre a inserção da Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família Rubi. Foram identificados eixos transversais ao conhecimento produzido. Um deles refere-se às relações entre os trabalhadores da equipe, que a consideraram como justaposição de saberes, construída a partir das relações interpessoais. O outro expressa uma das tensões que a equipe vivencia com assistência, atenção à saúde e clínica ampliada. Essas tensões estão baseadas nos desencontros da oferta e da demanda dos serviços na unidade e na valorização exclusiva do aparato tecnológico da saúde. O terceiro eixo trata da alienação presente no processo de trabalho, determinada pela percepção fragmentada dos trabalhadores e usuários a respeito do objeto da produção do cuidado à saúde. O último eixo expõe tensões na arena da Atenção Básica em Saúde e da Estratégia Saúde da Família em função da formação do profissional de saúde para o trabalho em equipe. O método Cartográfico possibilitou acompanhar a processualidade da equipe e expor tensões presentes no seu processo de trabalho. Foi verificado que a construção de um campo de saberes e práticas voltadas para ações de Saúde Bucal Coletiva se constitui em processo influenciado pelas tensões

do cotidiano do trabalho em equipe, e que determina a sua configuração ou não. Entretanto, nos momentos em que a interação e articulação foram construídas, mostrou-se potente para compor práticas de saúde mais qualificadas.

### **ET01A104-Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar**

*KOBAYASHI, HM (Casa de Saúde Santa Marcelina - São Paulo-SP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP); MENEGHIM, MC (FOP-UNICAMP); FERREIRA, RI (UNICID-São Paulo-SP); AMBROSANO, GMB (FOP-UNICAMP)*

O objetivo deste trabalho foi avaliar a relação entre a classificação de risco de cárie dentária utilizada no estado de São Paulo (Brasil) para organização da demanda na atenção primária em saúde bucal e a escala de risco familiar para priorização da visitas domiciliares. Onze dentistas pertencentes a unidades de saúde da família examinaram por inspeção visual 1165 pessoas de ambos os gêneros (608 de 12 a 19 anos e 557 de 35 a 44 anos) classificando-os em seis códigos de A a F, sendo o código A para o indivíduo mais saudável e o código F para o mais doente. Para elaboração da escala de risco familiar, utilizou-se a ficha A do SIAB utilizada pelos agentes comunitários de saúde para o cadastramento das famílias nas unidades básicas de saúde. Aplicou-se o teste do Qui-quadrado, o Exato de Fisher e regressão logística múltipla ( $\alpha=0,05$ ) para avaliar a associação entre a classificação de risco de cárie e a escala de risco familiar, ajustando-se para as variáveis de confundimento. Observou-se que dos pacientes avaliados 68,2% apresentaram-se doentes e 31,8% foram considerados aparentemente saudáveis. Os resultados mostraram uma associação estatisticamente significativa entre presença de cárie dentária e risco familiar ( $p<0,0001$ ). As pessoas em risco familiar possuem duas vezes mais chances de apresentarem esta doença.

### **ET01A105-A ortodontia e a implantodontia no Sistema Único de Saúde – a experiência de Suzano.**

*ALVES, JC (SMS-Suzano-SP); ALVES ME (SMS-Suzano-SP); BARROS, MR (SMS-Suzano-SP); ZAPATA, RM (SMS-Suzano-SP); BORTOLLETO, CPC (SMS-Suzano-SP)*

Nos últimos anos a saúde bucal no Brasil vem passando por grande transformação epidemiológica. Os atuais inquéritos de saúde apontam um forte declínio das cáries, um número significativo de pessoas acometidas pela má oclusão e uma quase totalidade de idosos com perdas dentárias totais. Com base nos princípios constitucionais de integralidade e equidade tornou-se necessário viabilizar a incorporação dos procedimentos ortodônticos e implante dentário pelo setor público de saúde. O município de Suzano amparado pela portaria 718/SAS passou a ofertar no CEO aparelhos ortodônticos fixos/móveis e implantes osseointegrados/próteses para seus municípios. O protocolo de implante prioriza pacientes jovens, com perda dentária unitária e paciente idoso com perda dentária total e com dificuldade de retenção da prótese, principalmente a inferior. O protocolo de ortodontia prioriza a ortodontia preventiva em pacientes até 10 anos. A ortodontia corretiva é prioridade para pacientes até 18 anos sem necessidade de cirurgia ortognática. A capacidade da implantodontia com 20 horas semanais é de 25 cirurgias mês, a ortodontia tem capacidade de 120 consultas mês também com 20 horas semanais. O SUS precisa acumular novas experiências nas especialidades de ortodontia e implantodontia para embasar a discussão nas rodas de conversas para o estabelecimento de protocolos que atendam a necessidade real das populações.

### **ET01Alo6-Necessidade de prótese dentária e desigualdade social em saúde: os inscritos no SESC Santo Amaro-SP**

*MARTINO LVS (SESC-SP; IS/SES-SP); MOREIRA JR. JS (SESC-SP); CHACUR NTM (SESC-SP)*

A saúde bucal no Brasil retrata a histórica ineficiência de políticas públicas específicas para o setor. Apesar dos avanços trazidos pelo Brasil Sorridente, sequelas deixadas pela cárie dentária e doença periodontal, além da prática odontológica mutiladora são confirmadas nos cerca de 8 milhões de brasileiros que atualmente necessitam de próteses dentárias. Tal fato também se relaciona com desigualdades sociais expressas pela ocupação profissional e utilização de serviços de saúde, produzindo efeito sobre a saúde dos indivíduos. O Serviço Social do Comércio (SESC) prioriza a saúde bucal e tem caráter complementar junto ao setor público, contribuindo com o Estado no atendimento do trabalhador do comércio de bens e

serviços e seus dependentes, desde 1946. A entidade subsidia em torno de 80% no valor dos tratamentos odontológicos, incluindo próteses dentárias. A clínica odontológica do SESC Santo Amaro (SP) abriu inscrições para seus serviços de 13 a 17/12/2011. Este trabalho analisou a necessidade de prótese dentária da clientela inscrita associada às variáveis: trabalhar ou não, ser comerciário ou dependente, possuir plano de saúde e ter realizado tratamento odontológico no SESC. Para tanto, os dados coletados do público nas inscrições mediante questionário fechado autopreenchido foram incluídos e tabulados no programa *Epi Info* versão 3.5.1 e a significância estatística das associações foi verificada aplicando-se o Teste Qui-quadrado para  $p < 0,05$ . Dos 1116 inscritos, 31,1% apresentaram necessidade de prótese. Observou-se significância estatística nas associações entre necessidade de prótese e: inserção no mercado de trabalho, com maior necessidade nos que trabalham (61,8%); ser comerciário, com maior percentual de alta necessidade nos dependentes (56,3%); possuir plano de saúde, tendo maior necessidade os que não possuem planos (61,5%); ter realizado tratamento odontológico no SESC, com maior necessidade para os que nunca passaram pelo SESC (77,9%) e nos que aí realizaram tratamento há mais de 2 anos (62,3%). Nos inscritos, ser comerciário e não trabalhar provou ser melhor condição para não se ter alta necessidade de prótese. E o acesso a serviços de saúde por meio de planos médicos e ao SESC para as questões de saúde bucal demonstrou ter potencial atenuante de desigualdades sociais em saúde relacionadas à necessidade de prótese dentária na população estudada.

### **ET01Alo7-A atenção em saúde bucal na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e a Estratégia da Saúde da Família.**

*SOARES MC (SMS-São Paulo-SP); MARQUES RAA (SMS-São Paulo-SP); FILIPPOS, CM (SMS-São Paulo-SP)*

Quando se iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde-SUS, com a Norma Operacional Básica 1/96, a Cidade de São Paulo ainda não se integrara ao SUS, pois o governo municipal da época optara por uma outra estratégia - PAS - Plano de Assistência à Saúde, por meio de cooperativas médicas. Assim, para que esse modelo de atenção pudesse ser experimentado nesta Cidade, a

Secretaria de Estado da Saúde, que possuía uma rede de unidades básicas de saúde própria na capital, optou por iniciar essa estratégia por meio de um Programa, denominado Qualis, através de convênio com a Casa de Saúde Santa Marcelina, na zona Leste da Cidade, em 1996, e posteriormente com a Fundação Zerbini, em 1998. As primeiras equipes de Saúde Bucal são implantadas em 1998, já com pessoal auxiliar; embora os Cirurgiões-Dentistas fossem contratados no regime de 20 h semanais, integravam-se às ações que eram desenvolvidas pelo PSF. Em 2001, com a municipalização e efetiva adesão da Cidade ao SUS, esses convênios são repassados para a Secretaria Municipal de Saúde, que amplia a implantação das equipes nucleares do Programa de Saúde da Família, por meio de parcerias com outras instituições sem fins lucrativos. Entretanto, a implantação das equipes de saúde bucal não foi priorizada e, em 2005, a Cidade apresentava apenas 13 equipes efetivamente cadastradas, embora contasse com aproximadamente 50 equipes com Cirurgiões-Dentistas em jornada de 20 horas semanais. Atualmente a rede de atenção em saúde bucal dispõe de serviços odontológicos em 370 Unidades Básicas de Saúde, sendo que parte destas contam com 229 equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, que atuam de forma integrada com as 14 unidades de referência em DST/AIDS, 11 unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento 24 h, 4 hospitais próprios que incluem cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, um hospital municipal infantil com atendimento às fissuras labiopalatais e 29 Centros de Especialidades Odontológicas. As ações de saúde bucal foram reorientadas, a partir de 2005, segundo as *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal crescendo e vivendo com saúde bucal*, apreciadas na 79ª reunião do Conselho Municipal de Saúde, em 14/07/2005. Fundamentadas nos princípios do SUS, na Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) nas Diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, em deliberações das Conferências de Saúde Bucal (Nacional, Estadual e Municipal), essas ações inserem-se transversalmente nos programas de saúde da criança, da mulher, do adulto, do idoso e no Programa Mãe Paulistana. Teve como pressupostos básicos a efetiva universalização das ações de saúde bucal, rompendo-se uma tradição hegemônica, durante décadas - a materno infantil. Implementou-se o planejamento das ações individuais e coletivas mediante tecnologias como as triagens de risco às doenças

bucalis; foram propostos parâmetros de atendimento respeitando a capacidade instalada em termos de recursos humanos e materiais, implantaram-se protocolos para a referência e contra-referência, que se realiza pelo Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde (SIGA) - agenda regulada, ao qual todas as UBS e CEO estão integrados. Esse conjunto de ações possibilitou qualificar e humanizar a assistência e, em médio prazo, ampliará o acesso da população às ações e serviços de Saúde Bucal de forma integral- direito de cidadania, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida. Ressalte-se que as equipes de saúde da família, operacionalizadas por parceiros, encontram-se perfeitamente integradas a essas diretrizes, evidenciando que as parcerias não são um obstáculo ao cumprimento dos princípios do SUS. O documento das Diretrizes encontra-se disponível em  
<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/bucal>

### **ET01Alo8-Ações integradas: atenção básica e Centro de Especialidades Odontológicas – leucoplasia – relato de caso.**

*RAMOS, EHA (SMS-Marília); RECHE, NSG (SMS-Marília); RODOLPHO, VB (SMS-Marília)*

Uma das estratégias da Política Nacional de Saúde Bucal é o incentivo ao funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a serem criados em todas as regiões, de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada estado, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e, atendimento a portadores de necessidades especiais. Dentro da especialidade diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, enfatizamos que a precocidade do diagnóstico e do tratamento tem sido à busca dos clínicos no controle do câncer em geral e, nesse projeto, o tratamento das lesões cancerizáveis e a eliminação de fatores co-carcinogênicos têm valor capital por se tratarem de medidas preventivas. A importância do estudo da leucoplasia bucal reside no fato de que o seu potencial de evolução para malignidade é fato apontado num percentual de 0,13 a 17,5% (SILVERMAN et al., 1976); SILVERMAN et al., (1984) considerando-se, assim,

como lesão cancerizável. Leucoplasia é lesão traduzida, etimologicamente, por mancha branca. O objetivo deste é apresentar um relato de caso, demonstrando um processo de trabalho integrado, em equipe, cuja expressão máxima venha a consolidar o conjunto de ações entre a atenção básica e o serviço especializado. A metodologia utilizada neste trabalho foi um relato de caso comum ao sistema de referência e contra-referência com a Atenção Básica. Relato do caso: Paciente do gênero masculino, 54 anos, tabagista e etilista, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas, na especialidade Doenças da Boca, encaminhado pela UBS Nova Marília com queixa de ardência bucal. A oroscopia era edentado, apresentando em ambas comissuras labiais Queilite Angular, em mucosa jugal e comissura labial esquerda, placa e mancha branca respectivamente, com Candidose sobreposta. A lesão apresentava em seu total aproximadamente 7 mm. Após exame físico e anamnese, realizou-se tratamento para candidose com Nistatina e, posteriormente biópsia excisional sob anestesia local, tendo como diagnóstico presuntivo: hiperqueratose e leucoplasia. O exame anatomopatológico foi compatível com Leucoplasia. O paciente foi preservado durante 18 meses sem recidiva da lesão. Através da contra-referência a Unidade Básica de Saúde foi orientada a encaminhar o mesmo para a confecção de novas Próteses Totais, a fim de promover a reabilitação oral, restabelecendo assim a dimensão vertical do paciente, evitando recorrência da queilite angular. As próteses foram confeccionadas no CEO, na especialidade de Prótese. Como considerações finais, vimos com este trabalho que a integração das especialidades odontológicas, no caso Doenças da Boca e Prótese, com as Unidades de Saúde, contribui muito para a melhoria da saúde bucal do paciente. É importante ressaltar que relatos de casos sobre pacientes atendidos em nossa área de trabalho, nos aproxima do conhecimento necessário à uma boa indicação para as especialidades oferecidas pela média complexidade.

### **ET01A109-Cárie dentária, doença periodontal e uso de prótese dentária em pacientes obesos mórbidos.**

BONATO, RCS (FOB-USP-Bauru-SP); MARSICANO, JA (FOB-USP-Bauru-SP); ANDRADE, FJP (FOB-USP-Bauru-SP); SALES-PERES, A (FOB-USP-Bauru-SP); PASSERI, CE (HAC-Jaú-SP); SALES-PERES, SHC (FOB-USP-Bauru-SP)

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de cárie dentária, condições periodontais, necessidade e uso de prótese e avaliar a relação com alteração sistêmica de saúde em pacientes com obesidade mórbida do SUS, indicados a cirurgia bariátrica. A amostra deste estudo transversal consistiu de 30 pacientes obesos mórbidos que foram avaliados adotando os índices CPOD, IPC, uso e necessidade de prótese, além do volume de fluxo salivar. Para avaliação antropométrica utilizou-se o índice de massa corporal (IMC) e a relação cintura-quadril (CQ). Os dados de diabetes, IMC e CQ foram coletados do prontuário dos pacientes. Os testes Qui-quadrado e Odds ratio foram utilizados para a análise estatística ( $p < 0,05$ ). O CPOD foi de 13,67,8 e 73,3% dos indivíduos apresentavam cárie. Dos pacientes analisados em relação ao IPC, 76,7%, 30% e 26,7% dos pacientes apresentaram sangramento, cálculo e bolsas (4,0 mm), respectivamente. Em relação ao uso e necessidade de prótese, 63,3% dos pacientes necessitavam de prótese dentária e apenas 36,7% utilizavam prótese. O IMC foi de 54,139,25 e o CQ foi de 0,880,10, mostrando o grau de obesidade grave. O fluxo salivar foi considerado baixo (0,760,5mL/min). Cinco pacientes eram diabéticos (16,7%). Os pacientes diabéticos tiveram maior chance de apresentar cárie dentária (OD=0,47;  $p=0,837$ ) e bolsa periodontal (OD=4,8;  $p=0,187$ ). Os pacientes com maior CQ apresentaram maior necessidade de uso de prótese dentária (OD=2,00;  $p=0,680$ ). Os pacientes obesos mórbidos não apresentaram boas condições bucais e os indivíduos diabéticos apresentaram as piores condições, especialmente em relação à condição periodontal. É necessário que esses pacientes obesos mórbidos, principalmente com indicação à cirurgia bariátrica, sejam reabilitados em relação à sua condição bucal para que esta não interfira na condição sistêmica e no resultado final da cirurgia.

### **ET01A110-Protocolo de atenção integral à gestante na estratégia saúde da família, realizado pela equipe de saúde bucal da UBS Paraisópolis I.**

ROCHA, AL (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); BARBIERI, W (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); CHRISTIANO, CC (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); BALDUSCO, TT (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); GONÇALVES, A (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); PERES, SV (Parceria Albert Einstein, SMS-

*São Paulo-SP); PALACIO, D (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); LOPES, DM (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); PEREIRA, CB (Parceria Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP)*

Introdução: O atendimento odontológico em gestantes tem importante papel na prevenção e no tratamento de patologias orais, que podem trazer graves consequências à gestante e ao feto, incluindo o risco de parto prematuro e ou baixo peso ao nascer. Além disso, reconhece-se na gestação um período favorável para a implantação de práticas de Educação em Saúde Bucal, pois as futuras mães estão mais receptivas ao aprendizado de hábitos mais saudáveis em relação à saúde bucal do futuro bebê. Objetivo: Implantação de um protocolo de atenção em saúde bucal às gestantes, objetivando aumentar o acesso das gestantes à assistência odontológica, padronizar e melhorar a qualidade da informação, criar um fluxo de atendimento nas unidades básicas de saúde e qualificar a busca ativa de grupos de gestantes mais vulneráveis às doenças bucais. Material e Métodos: Desenvolvimento e implantação do protocolo na UBS Paraisópolis I, realizado pelas equipes de saúde bucal do parceiro IIRS Albert Einstein, pautado no documento “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Baseia-se na organização de grupos educativos durante o período gestacional e avaliação de risco e definição de prioridades para o tratamento odontológico individualizado para as gestantes de médio e alto risco. Conclusão: O protocolo de atenção em saúde bucal foi implantado na UBS Paraisópolis I no mês de Julho de 2011, bem como o treinamento da equipe de saúde bucal e das equipes de saúde da família para padronização dos temas abordados nos grupos e dinamização do fluxo das gestantes na UBS.

### **ET01A111-Resolutividade na atenção domiciliar em saúde bucal na UBSF Jd São José – Suzano, 2011**

*CORÁ, C (Suzano-SP)*

A visita domiciliar é uma das ferramentas fundamentais na atenção à saúde dentro da Estratégia Saúde da Família. Além de proporcionar à equipe um conhecimento das condições sociais, econômicas e culturais da família, a visita domiciliar pode propiciar a oportunidade para compreendermos certas peculiaridades da dinâmica familiar, como o afeto, o cuidado

e as relações de poder intrafamiliares. Cada família cadastrada na unidade de saúde deve ser visitada mensalmente pelo seu agente comunitário de saúde e em intervalos variáveis pelos demais profissionais da equipe, conforme avaliação pela equipe da necessidade da família. No imaginário coletivo, a figura do dentista está fortemente vinculada aos equipamentos odontológicos e, por isso mesmo, a visita do domiciliar pela equipe de saúde bucal frequentemente é percebida como desperdício de recursos e de tempo e avaliada como pouco resolutiva. A partir de uma breve descrição de três casos clínicos (João e da Paz, Pedro, Anete), seguida do relato das ações da equipe no domicílio, pretendemos exemplificar a finalidade e a resolutividade da visita domiciliar da equipe de saúde bucal. Os nomes dos pacientes são fictícios e, por se tratar de matéria resgatada da memória, pode haver alguma imprecisão em certos detalhes. Todos os casos foram apresentados pelos agentes comunitários em reuniões de equipe, nas quais deliberamos pela visita domiciliar da equipe de saúde bucal. Os casos: 1. João e da Paz: seu João fazia poços d'água e antes dos trinta perdeu uma perna e um braço, dona Da Paz, hoje com 63 anos, cuida-o desde então, não se esquece dos remédios nem da comida, transporta-o pela casa numa cadeira de rodas - ao sol, ao banheiro, à cama, à mesa; a renda é pouca - seu João recebe do INSS por invalidez; a casa fica ao final de uma rua sem pavimento, até o posto há uma extensa subida. Não se queixam da vida, nem das dores, mas às vezes o dente do seu João “incha”; toma o antibiótico, mas o problema volta. 2. Pedro: é normal um paciente com Parkinson ter dentes moles? A família vive bem, os dois filhos trabalham e um deles tem carro; mas quem cuida dele é a esposa; ele tem um mau hálito sentido à distância, deve ser do diabetes, e agora não consegue mastigar bem por causa do dente mole. 3. Anete: é criança demais no quintal, tem as da Anete e as duas da filha dela, grávida novamente (essa vai indo pela mesma trilha da Anete) que moram com a avó; a alimentação é só macarrão instantâneo e a higiene na casa é péssima, fedor, louça na pia e roupa suja espalhada; a pequena tem os dentes podres, os da frente! Duas vezes, a Anete se esqueceu da consulta da menina e a criança, dois anos, está viciada em refrigerante cola; também, a vacinação está atrasada. A ação da equipe: de modo geral, a equipe optou por uma visita domiciliar da equipe de saúde bucal e o agente comunitário para uma avaliação das possibilidades de ação.

Após essa avaliação preliminar das condições da saúde bucal dos pacientes e das suas residências, em nova reunião de equipe foi discutida a oportunidade da intervenção odontológica no domicílio, considerando-se as condições da saúde geral do paciente, as condições de higiene e iluminação da residência, a possibilidade de intercorrências médicas ou cirúrgico-odontológicas. Em novas visitas domiciliares, os procedimentos odontológicos planejados para a solução da condição clínica dos pacientes foram realizados com sucesso - seu João: exodontia de três elementos com a coroa destruída, relacionados à região do abscesso recorrente; Pedro: a raspagem corono-radicular, controle de placa e exodontia do elemento dentário com mobilidade. Anete: a equipe planejou avaliar as condições de saúde bucal das crianças da família e intervenção com tratamento restaurador atraumático; neste caso, no entanto, o objetivo maior da visita era o estreitamento do vínculo equipe-família, o que facilitaria as demais ações da equipe para esse núcleo familiar. Ao contrário do estabelecido pelo senso comum, a ação clínica da equipe de saúde bucal é resolutiva nas visitas domiciliares, apesar da óbvia limitação do tipo de procedimento a ser realizado quando se dispõe apenas de instrumentos manuais; neste caso, são passíveis de realização no domicílio as exodontias, a raspagem corono-radicular e o tratamento restaurador atraumático, além das ações de educação em saúde e prevenção. É fundamental a integração da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da equipe de saúde da família para o sucesso desse tipo de ação - desde a identificação do caso ao acompanhamento do pós-operatório dos pacientes, é necessária a corresponsabilidade para uma atenção à saúde das famílias baseada na integralidade das ações. Além dos pacientes acamados ou restritos ao lar, as visitas às famílias em situação de vulnerabilidade social e que não aderem às ações da equipe devem ser realizadas.

## **ET01A12-A inserção da equipe de saúde bucal nas ações antitabagismo da UBSF Jd. São José – Suzano, 2011.**

TRINDADE, RJ (Suzano-SP); CORÁ, C (Suzano-SP); SENA, JMR (Suzano-SP)

A UBSF Jd. São José localiza-se na periferia de Suzano, grande São Paulo; conta com três equipes de saúde da família e a sua população adscrita é de aproximada-

mente 12 mil pessoas. O tabagismo constitui-se num fator de risco relevante para doenças respiratórias, cardíacas e câncer das vias aéreas e cavidade bucal. A principal ação antitabagista local é o grupo “Respirando Saúde, Vivendo Melhor”, realizado desde maio de 2010, por equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira e dentista. Inicialmente dirigido apenas à população adscrita da Unidade, atualmente o grupo tem atendido a pacientes oriundos de outros serviços de saúde do município. São quatro encontros com duração de duas horas para cada grupo formado - já realizamos 13 grupos, totalizando 200 pacientes. Após o término do ciclo dos encontros, os pacientes passam por 4 consultas quinzenais; para o caso de recaídas, os pacientes são orientados a procurar o médico ou a enfermeira. Para a composição do grupo, os pacientes são identificados e encaminhados pelos diversos profissionais da Unidade e são selecionados por uma entrevista realizada pelo médico e enfermeira, na qual é identificado seu grau de dependência do tabaco através do teste de Fagerström, a severidade do dano à saúde decorrente do tabagismo e a motivação para abandonar o hábito. Nos encontros do grupo os pacientes partilham as suas experiências com o cigarro, suas dificuldades e vitórias no abandono do vício. Assim, apoiando-se mutuamente, uma ferramenta importante usada no grupo é o reforço social, além da exposição de informações relevantes acerca do impacto do tabagismo na saúde e na vida social do paciente; também, conforme avaliação do grau de dependência do paciente, são prescritos e fornecidos antidepressivos e adesivos com nicotina, com dosagem a ser diminuída ao longo do tratamento - o método utilizado serve-se das vantagens da abordagem coletiva e do atendimento individualizado. A taxa de abstinência do tabaco após 30 dias do último encontro foi 70%; após um ano a taxa de abstinência caiu para 50%. A equipe de saúde bucal participa apenas do terceiro encontro e tem o papel de reforçar as informações já trabalhadas com o grupo, abordar com maior profundidade o tabagismo como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de boca e orientar o autoexame para a identificação de lesões suspeitas. Após a abordagem teórica, repleta de imagens, a dentista avalia a boca dos pacientes e demonstra individualmente o autoexame da boca. Quando alguma alteração tecidual suspeita é detectada, o paciente é encaminhado para a atenção secundária. Além da avaliação clínica para a busca de

lesões suspeitas, a equipe de saúde bucal motiva os pacientes ao autocuidado e, juntamente com a equipe médica e de enfermagem, desempenha o papel de disseminadora do conhecimento sobre os riscos envolvidos no tabagismo, contribuindo, assim, em conjunto com os demais profissionais, para a diminuição da prevalência de tabagistas na população.

### **ET01A13-Importância da integração multidisciplinar na resolução de caso clínico em Centro de Especialidades Odontológicas.**

*CAVALCANTI, DR (CEO-SUZANO-SP); RONDINA, AR (CEO-SUZANO-SP); ALVES, JC (SECRETARIA SAUDE SUZANO-SP); ALVES, ME (SECRETARIA SAUDE SUZANO-SP)*

O Programa Brasil Sorridente engloba ações do Ministério da Saúde e oferece atendimentos especializados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que estão preparados para oferecer à população, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes especiais. No município de Suzano, com 270.566 habitantes, foi estabelecido o 72º CEO do Estado de São Paulo no ano de 2006. Em várias ocasiões, são necessárias ações integradas para a resolução mais adequada, para cada caso clínico. Neste estudo apresentamos a resolução de um caso clínico de ameloblastoma periférico, em que foi necessário o envolvimento de duas especialidades: a estomatologia e a periodontia. O ameloblastoma periférico é uma doença rara, classificada como tumor odontogênico benigno do tecido mole, derivados do epitélio odontogênico. A lesão representa aproximadamente 1,3% a 10% de todos os casos de ameloblastoma. Essa lesão é diferenciada dos ameloblastomas de localização intra-óssea pelo comportamento menos agressivo. Neste estudo, descrevemos um caso de ameloblastoma periférico de localização gengival, face lingual dos elementos 34 e 35, conduzido desde o diagnóstico, tratamento cirúrgico e preservação pelas equipes de Estomatologia e Periodontia do centro de Especialidades Odontológicas (CEO), do Município de Suzano. A paciente é uma mulher melanoderma de 55 anos de idade, que foi referenciada ao serviço de Estomatologia, por apresentar um nódulo assintomático sésil, que havia crescido lentamente por um período de 14 meses. Ao exame anatomopatológico, a lesão foi diagnosticada como ameloblastoma periférico. O trata-

mento de tais lesões envolve tipicamente excisão completa com margem ampla e as recorrências são pouco frequentes. Devido à presença de área de exposição óssea após a remoção da lesão, no mesmo momento cirúrgico foi realizado pelo serviço de Periodontia do CEO, enxerto gengival, utilizando-se como área doadora a gengiva sobre o rebordo da região do 37. Houve êxito de ambos os procedimentos e a paciente encontra-se sem lesão e com a área enxertada recobrando todo o osso após 7 meses de proervação. Este caso ilustra a importância da integração das especialidades na resolução de patologias que exigem um atendimento multidisciplinar.

### **ET01A14-Saúde do homem: inserção da equipe de saúde bucal**

*GRIGOLETTO, MPC (ASF-SP); NETO, ET (ASF-SP); SANCHEZ, CHM (ASF-SP); VIEIRA, PAG (ASF-SP); SANTOS, RB (ASF-SP)*

O acesso universal à saúde contemplado na Constituição Brasileira e diretriz do Sistema Único de Saúde deve ser contemplado em todos os níveis de atenção. Em um sistema universal, integral e hierarquizado, a Atenção Primária assume papel fundamental por ser a base da assistência e a Saúde da Família como principal estratégia do Ministério da Saúde deve se organizar para responder às demandas pautadas nos ciclos vitais e nas necessidades identificadas em nível local. O avanço no número de equipes da estratégia, resultando em maior oferta, pode não necessariamente significar maior utilização dos serviços de saúde. Sabe-se que a utilização destes serviços é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados, das características do serviço de saúde e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. No grupo de pessoas que não utilizam ou pouco utilizam o serviço, destacam-se os homens, adultos e inseridos no mercado de trabalho. Este trabalho tem como objetivo demonstrar através de um relato de experiência a estratégia que uma equipe multidisciplinar desenvolveu para abordar homens adultos, com ênfase nas atividades da equipe de saúde bucal. Através da identificação da necessidade por meio da análise das consultas dos profissionais de uma UBS, a equipe planejou e executou uma atividade denominada “grupo de homens” desenvolvendo atividades educativas e investigações de saúde como hipertensão, diabetes,

problemas cardíaco-vasculares, entre outros além de análise de risco e necessidade de tratamento odontológico que apontaram que dos 52 usuários analisados, 90,38% estavam no grupo de alto/médio risco e apenas 9,62% no grupo de baixo risco, apontando uma necessidade de tratamento em (número) indivíduos. A equipe de saúde bucal através da ação reorganizou a oferta de assistência ao grupo investigado, melhorando o acesso,

buscando assim, contemplar o princípio da universalidade. Destaca-se a importância do planejamento multiprofissional e a inserção da equipe de saúde bucal, além do apontamento da necessidade de organização dos serviços para contemplar todos os grupos sociais que fazem parte da área de abrangência da equipe da Estratégia Saúde da Família.

## Eixo 2 – Educação em saúde

### ET02ES01-Condições periodontais em escolares obesos.

*COSTA, AHC (FOB-USP); FREITAS, AR (FOB-USP); DOKKO, JR (FOB-USP); CALZAVARA, B (FOB-USP); SALES-PERES, A (FOB-USP); SALES-PERES, SHC (FOB-USP)*

O declínio significativo na incidência de cárie dentária ao redor do mundo aumentou o ônus da doença periodontal sobre a perda de elementos dentários. A doença periodontal é um processo inflamatório ocasionado por bactérias bucais que acomete os tecidos gengivais e ósseos. Sua gravidade está relacionada à má higiene bucal, presença de bactérias patogênicas, fumo e avanço da idade. A doença periodontal causa a destruição dos tecidos em surtos aleatórios e em sítios específicos, podendo levar à perda do elemento dentário caso não seja controlada de forma adequada. O objetivo deste estudo foi identificar as condições periodontais de escolares de 10 a 12 anos de idade com obesidade/sobrepeso. Foram avaliados 203 escolares com idades de 10 a 12 anos, de ambos os gêneros, sendo 101 com obesidade/sobrepeso e 102 eutróficos. A condição periodontal dos escolares foi avaliada utilizando-se o índice periodontal comunitário (IPC), sendo esta realizada por dois examinadores devidamente treinados e calibrados ( $Kappa=0,90$ ). A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do índice de massa corpórea (IMC). O teste t-Student foi utilizado para a análise dos dados ( $p<0,05$ ). Entre os escolares de 10 anos com obesidade/sobrepeso a condição periodontal mais prevalente foi o sangramento (10,64%), sendo observada a evolução desta condição para a maior ocorrência de cálculo dentário aos 11 e 12 anos (16,28% e 18,18%, respectivamente). Entre os escolares eutróficos houve presença de sangramento e cálculo dentário em todas as idades avaliadas. Não foram observadas bolsas periodontais, bem como não houve associação entre o estado nutricional e as condições periodontais entre os escolares avaliados. Conclui-se que as condições periodontais sangramento e presença de cálculo dentário foram as mais prevalentes entre os escolares analisados. Fato este, que ressalta a relevância de se implementar programas de atenção à saúde escolar voltados à obesidade e à as condições bucais.

### ET02ES02-Projeto odontocriança: a saúde bucal como tema transversal nas escolas municipais de ensino infantil e fundamental. Relato de um serviço.

*NEVES, BAF; GRAMINHA, MGS; ALMEIDA E SILVA, CT; TOLOTI, AAF.*

Os métodos de educação e motivação em saúde bucal consistem numa prática social, pois compreendem um conjunto de medidas que objetivam a conscientização do indivíduo sobre a necessidade de mudança de atitude em relação aos seus autocuidados. Neste contexto, a escola é considerada um espaço adequado à realização de medidas educativas em saúde bucal, pois representa um ambiente social em que a criança se encontra numa faixa etária propícia a receber conhecimentos, adquirir hábitos e fortalecer os cuidados já aprendidos, moldando atitudes que se tornarão responsáveis pela sua saúde bucal ao longo de sua vida. O objetivo desse trabalho é apresentar o Projeto Odontocriança, desenvolvido há um ano, entre escolares matriculados em escolas municipais de educação infantil e fundamental de Santo Antônio da Alegria -SP. Este programa tem como alvo a inclusão de conteúdos de saúde bucal como tema transversal nos currículos dessas escolas através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a educação - LDB 9394/96, segundo orientação do Caderno de Atenção Básica nº 17(p.25-2008). O projeto foi aprovado nos Conselhos Municipais da Educação e da Saúde, e nesse momento foi solicitada a inclusão do tema Saúde Bucal no projeto político pedagógico, para que pudesse ser trabalhado como tema transversal. O projeto tem sido realizado com a seguinte metodologia: no início do ano letivo são distribuídas autorizações para os responsáveis dos escolares, as quais devem ser devidamente preenchidas e assinadas para que as crianças possam participar do programa. Em seguida, é feita a triagem de risco, segundo a proposta da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, estabelecendo as prioridades, o que possibilita o planejamento das ações individuais e coletivas. A partir de então, as ações são desenvolvidas e entre elas inclui-se a distribuição de escovas e cremes dentais, realização de escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e a

fluorterapia de acordo com o critério de risco e ações educativas em saúde bucal. Ao iniciar as atividades educativas com os alunos, são organizadas reuniões com a direção das escolas, os coordenadores pedagógicos, os pais e os professores para que sejam dados os esclarecimentos necessários sobre a proposta e para que as diferentes abordagens possam contribuir no desenvolvimento do processo. Durante o ano letivo, a dentista trabalha conceitos sobre saúde bucal com vários tipos de atividades, interagindo com os alunos, através de palestras, vídeos, teatros, jogos, explicações com o uso de macro-modelos, atividades em sala de aula como desenhos, palavras cruzadas, elaboração de textos entre outras. São atendidas ao todo 665 crianças. A equipe é composta por duas dentistas e uma ASB, que dedicam ao todo 20 horas semanais divididas entre atividades coletivas e assistência individual. A grande dificuldade de implantação do programa tem sido transformá-lo em uma política de saúde pública municipal, para que com a mudança dos integrantes do governo não haja comprometimento da continuidade do programa e desta forma não se perca a possibilidade de observação dos resultados a médio e longo prazo. Conclui-se que a educação é o ponto essencial de qualquer programa de saúde, por ser abrangente, de baixo custo operacional e de grande impacto coletivo. Assim, a estratégia de inclusão da saúde bucal como tema transversal nas escolas é uma boa opção para difundir conhecimentos sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença.

### **ETozESo3-Problemas bucais X Dificuldade de aprendizagem: o olhar do educador.**

*PEREIRA, CF (SMS-Peruíbe-SP); FERREIRA, CO (SMS-Peruíbe-SP); SILVA, SG (SMS-Peruíbe-SP).*

A Educação apresenta avanços significativos no que diz respeito a fatores como formação de professores, material didático, inovações tecnológicas, entre outros aspectos que favorecem a aprendizagem. A Educação e a Saúde têm andado juntas, incluindo de forma ampliada políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação de propostas pedagógicas comprometidas com o desenvolvimento da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida. O desempenho insatisfatório na escola, como notas baixas, apatia, sonolência, depressão, hiperatividade, entre outros, podem estar ligados a problemas

mais sérios do que a simples falta de interesse pelos livros. Este trabalho foi elaborado a fim de causar uma reflexão na psicopedagogia, focando a relação entre problemas bucais e dificuldades de aprendizagem. Considerando que as crianças ficam cada vez mais tempo na escola, percebemos que os educadores assumem um papel de extrema importância na percepção dos problemas existentes. A criança com problemas bucais, em sua maioria, apresenta baixa autoestima, sofrimento, problemas de fala e outros distúrbios físicos, mentais e comportamentais. Também sofrem com a exclusão social e, em alguns casos, bullying dentro da escola. Estes distúrbios são geralmente encaminhados pelo professor, ou pelos pais, para as áreas da psicologia, fonoaudiologia e pediatria, sendo que o cirurgião-dentista pode ser o profissional mais indicado para intervir, buscando a solução para os referidos distúrbios, quando precocemente percebidos. Diante disso, promovemos uma jornada de formação organizada com a intenção de ser um guia técnico pedagógico com o objetivo de preparar educadores, monitores, inspetores, recreacionistas e estagiários sobre como proceder na promoção e proteção da saúde bucal e na percepção de problemas bucais, enfatizando principalmente o processo de saúde/doença e seus impactos na saúde física, mental, psicológica e social. Após a formação, a comunidade escolar relatou a amplitude das informações recebidas, as quais eram de total desconhecimento. Relataram que após a formação puderam identificar e relacionar situações comportamentais de alunos com problemas odontológicos. Uma professora relatou que achava que um de seus alunos era portador de doença mental, e que após o conhecimento desta relação, pôde trabalhar com pais e cuidadores na conscientização, no olhar, na escuta e no assessoramento das variáveis que envolvem a saúde e a doença. Foram unânimes na avaliação positiva e na adoção de medidas importantes de prevenção para a qualidade da saúde e da educação do aluno. A proposta principal desta jornada de formação é a construção e multiplicação de conhecimentos e hábitos saudáveis, tornando-os aptos para o reconhecimento do problema, orientação, encaminhamento profissional e para oferecer suporte social, o qual é tão preventivo quanto reabilitador. Finalmente, concluímos que foi de fundamental importância a troca de conhecimentos e vivências entre os profissionais saúde/educação e a inserção desta prática na rotina de trabalho dos educadores. Esta iniciativa contribuiu

para uma mudança no olhar do educador: “ Não há como agir com uma criança com dificuldade de aprendizagem sem considerar suas necessidades, vontades, medos e sentimentos”.

### **ET02ES04-Programa odonto bebê: avaliação de programa educativo-preventivo em usuários da rede pública de saúde no município de Batatais-SP.**

*SANCHES, FAC (SMS-Batatais-SP); BOMFIM, AC (SMS-Batatais-SP)*

A prevenção da cárie dental começa pelos cuidados realizados pela mãe, antes mesmo da irrupção da dentição decídua em seus filhos, uma vez que esta é não apenas a principal fonte de microrganismos cariogênicos, como também o modelo de alimentação, higiene e comportamento para os mesmos, tornando-as uma população alvo para programas de Saúde Coletiva que visem a educação em saúde. O município de Batatais-SP realiza desde 1998 um programa educativo-preventivo denominado Odonto bebê, direcionado a crianças com idades entre 3 meses e 12 anos, que é fundamentado na individualização do atendimento mãe-criança, o que permite que se personalize o mesmo às necessidades particulares de cada paciente, levando as informações que este busca em determinado momento, fazendo com que a motivação para uma mudança de comportamento seja maior. O atendimento é realizado em todas as UBSs e PSFs do município por cirurgiões dentistas da rede pública e, nas UBS também por uma fonoaudióloga. As mães recebem orientações sobre higiene oral, dieta, amamentação e hábitos de sucção; também são realizadas aplicações de clorexidina 0,12% e ATF 1,23% (com o uso de escovas dentais) de acordo com a idade e situação de risco de cada criança, o qual também determina a frequência de retorno do paciente: 3, 4 ou 6 meses. Em caso de necessidade de tratamento clínico (restaurador e/ou preventivo), a criança é encaminhada para agendamento imediato, sem necessidade de triagem prévia, e, após concluído o tratamento, retorna ao programa. São agendados em média, 15 pacientes por período de atendimento; no ano de 2011, foram agendadas 5483 consultas no programa, sendo que 3509 foram realizadas (63,98%) em 319 períodos de atendimento. Considerando-se como fator de referência o ceo de crianças de 5 anos e CPOD de 12 anos do município, que em 1998 era de 3,45 e 3,89 respectivamente, e no

ultimo levantamento epidemiológico realizado em 2010 era de 1,47 (-57,39%) e 1,20 (-69,15%), podemos concluir que, programas que tenham como objetivo não a assistência odontológica, quando esta se refere ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, mas a atenção à saúde bucal, atuando concomitantemente em todos os determinantes do processo saúde-doença bucal, que ações de baixo custo e complexidade podem ter um impacto significativo na qualidade da saúde bucal de uma população a médio e longo prazo.

### **ET02ES05-Perfil socioambiental e percepções subjetivas de escolares do Projeto “Sempre Sorrindo” - Piracicaba -SP.**

*SARRACINI, KLM (FOP-UNICAMP); LISBOA, CM (FOP-UNICAMP/SMS-Piracicaba-SP); PAULA, JS (FOP-UNICAMP); MIALHE, FL (FOP-UNICAMP)*

O projeto “Sempre Sorrindo” é desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba em parceria com a Coordenação de saúde bucal do município e tem o objetivo de oferecer tratamento odontológico preventivo e curativo para os escolares. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil socioambiental e as percepções subjetivas dos escolares atendidos no Projeto. Uma amostra de 544 escolares na faixa etária de 8 a 11 anos, representando 26,7% do total de 2036 de crianças atendidas no ano de 2011 pelo projeto foi aleatoriamente selecionada. A avaliação clínica da cárie dentária foi realizada segundo os critérios da OMS, além da presença da do biofilme bacteriano e gengivite. Foram também coletados dados referentes ao ambiente familiar e percepções subjetivas sobre a saúde do escolar e os cuidados de higiene bucal, por meio de um questionário enviado aos pais. Além disso, aos escolares foi aplicado outro questionário a fim de conhecer variáveis relacionadas à saúde bucal, a autoestima e a percepção em relação ao tratamento odontológico. Frente aos exames clínicos os resultados demonstraram que a média do CPOD nos escolares atendidos foi de 0,4 e a média do ceod foi de 2,0, sendo que 18,6% apresentaram biofilme visível e 8,5% apresentaram gengivite. Os resultados dos questionários demonstraram que 32,9% dos pais das crianças apresentavam renda de até um salário mínimo, 17,8% das crianças moravam em residências com mais de 6 pessoas e 31,6% recebiam auxílio do governo (bolsa família). Quando questionado aos pais

como eles consideravam a saúde geral de seus filhos, 28,5% responderam excelente e, em relação à saúde bucal, apenas 4,2% responderam excelente. A maioria dos escolares (60,1%) considerou sua aparência muito boa e estavam contente com a aparência de seus dentes. Os dados coletados ressaltam a importância de avaliar os determinantes sociais de saúde, incluindo aspectos subjetivos e socioambientais, para definir estratégias efetivas na promoção de saúde bucal de acordo com o perfil da população atendida nos serviços de saúde. Conclui-se que o programa cumpre sua função de prestar cuidados às populações menos favorecidas, diminuindo as iniquidades de acesso ao tratamento odontológico.

### **ET02ES06-Rodas de conversa como ferramenta da educação em saúde bucal, relato de experiência – São Carlos-SP.**

*MAGRI, LV (UFSCAR-SP); MARRARA, MTB (PM SÃO CARLOS-SP)*

A prática odontológica, historicamente pautada no modelo flexneriano e curativista, ainda enfrenta como grande dificuldade a realização com eficácia da educação em saúde no âmbito da Atenção Básica. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos - SP, que utilizou como ferramenta da educação em saúde bucal, a realização de rodas de conversa prévias ao início do tratamento. Tal ferramenta possibilita a criação de vínculo da equipe de saúde bucal com os usuários, bem como estimula a troca de experiência entre os participantes e a valorização de suas potencialidades e da importância do tema. Os usuários, antes de serem agendados para a avaliação inicial, eram convidados a participar da roda de conversa, na qual eram abordados os seguintes temas: funcionamento e horário das consultas, a importância da Estratégia Saúde da Família e suas peculiaridades, higiene bucal, cárie, doença gengival/periodontal, alimentação saudável, tabagismo e autoexame do câncer bucal. Após um ano de experiência, foi observada diminuição das faltas nas consultas, melhor adesão ao tratamento odontológico, melhoria da higiene bucal quando o usuário iniciava o tratamento, relatos muito positivos por parte da população, além da redução da demanda espontânea em busca de atendimentos emergenciais.

### **ET02ES07-Experiência de utilização do teatro como ferramenta para a promoção de saúde bucal.**

*RAMOS, MR (PET-SAÚDE/USP e SMS-Ribeirão Preto); BASTOS, RHP (PET-SAÚDE-USP e SMS-Ribeirão Preto).*

Apesar do grande avanço que ocorreu no Brasil nos índices de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados), a cárie dentária ainda é o maior problema de saúde bucal em crianças em início de idade escolar. No que se refere à cárie, as medidas preconizadas para sua prevenção baseiam-se, fundamentalmente, na educação e motivação da criança em relação a desorganização da placa bacteriana, a restrição do consumo do açúcar e ao uso do flúor. O presente trabalho teve como objetivo descrever uma experiência de promoção de saúde bucal em uma área de abrangência do Programa de Saúde da Família e apresentar a avaliação dos participantes. Buscou-se através do uso de materiais lúdicos demonstrar de forma simples e estimulante para as crianças e seus cuidadores, conhecimentos básicos sobre higiene oral e bons hábitos alimentares. Para tal, foi realizado um trabalho com a Equipe de Saúde da Família, onde após algumas reuniões optou-se pela montagem de um teatro aproveitando os recursos fornecidos pelo Programa PRÓ-SAÚDE. A equipe foi composta por oito profissionais e uma aluna do curso de graduação de Enfermagem vinculada ao Programa PET-SAÚDE. Inicialmente, foi construído um roteiro com as falas dos personagens de acordo com cada fantoche. No roteiro, buscou-se construir uma história onde se explicou todo o processo de formação da cárie dentária. Em seguida, destacou-se a importância de se realizar a higiene oral corretamente e o uso dos instrumentos para isso como escova, creme dental, fio dental e antisséptico bucal e ainda, a relevância da criança realizar bons hábitos alimentares para a promoção de saúde e a prevenção de doenças bucais. O teatro recebeu o nome de “A Festa dos Dentinhos”. Participaram da atividade 15 crianças e 10 acompanhantes. Após a exibição, cada criança recebeu um folheto com quatro figuras para serem coloridas. As figuras tinham como propósito estimular e desenvolver hábitos comuns do cotidiano e verificar junto às crianças a apropriação da mensagem transmitida pela exibição do teatro. Os pais foram estimulados a atuarem de forma ativa e incisiva na educação de seus filhos. Posteriormente, foi realizada uma entrevista com as

mães solicitando que expusessem a sua impressão sobre a atividade e se identificaram alguma mudança de hábitos de higiene oral e alimentar. A análise das entrevistas apontou que as mães avaliaram positivamente o teatro, principalmente como reforço motivacional, com relatos sobre como as crianças passaram a enxergar o que ocorre em suas bocas constituindo em estímulo para o aumento no número de vezes de higienização oral. As mães descreveram ainda que as crianças relataram de forma animada toda a história apresentada desde a formação da cárie até os meios de prevenção. Segundo as mães houve uma diminuição da resistência e maior adesão da criança a ingestão de alimentos saudáveis em substituição ao consumo recorrente de açúcares. Concluiu-se que o teatro de fantoches propiciou maior conhecimento e mudança de comportamento em relação à saúde bucal e uma ferramenta útil para a concretização da integralidade em saúde na atenção primária.

### **ET02ES08-Técnicas para educação em saúde de pais e crianças em uma UBS do Município de São Paulo.**

*MORAES, MLMA (Residência Multiprofissional em saúde da família, OSS Santa Marcelina-SP); ROCHA, VFB (OSS Santa Marcelina - Prefeitura Municipal de São Paulo-SP)*

Atualmente a cárie ainda ocupa lugar de destaque entre os problemas que afetam as crianças, sobretudo quando consideramos a atual polarização da doença. Muitos pais e cuidadores, principalmente aqueles com menor grau de escolaridade, não reconhecem a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral de seus filhos. Diante deste quadro e com a responsabilidade da estratégia de saúde da família de trabalhar com a assistência, mas também com a prevenção, podem-se empregar diversas metodologias para estimular-se a participação e adesão a programas de educação em saúde. O objetivo do presente trabalho foi relatar e avaliar as diferentes metodologias empregadas para educação em saúde, em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de São Paulo. Para isto foram realizados encontros mensais, através de grupos multiprofissionais, com utilização de diferentes metodologias e recursos como teatro, fantoche, macromodelo, gincanas, além de apresentação de fotos ampliadas. Durante as atividades foram abordados temas como alimentação

saudável, hábitos de sucção, práticas de atividades físicas, importância da higiene geral e bucal, cuidados no preparo de alimentos, parasitoses, além da relação entre pais e filhos. O teatro foi realizado pelos próprios profissionais, mostrando situações do cotidiano, com o objetivo de fazer com que a platéia se identificasse com as cenas apresentadas e que, através delas, pudessem ter um olhar mais crítico das relações familiares, da importância de limites na educação e dos cuidados com a saúde. Observou-se que a atuação dos profissionais na peça proporcionou descontração e diversão favorecendo a aproximação entre estes e os usuários. Os fantoches com contos infantis, também foram muito bem aceitos e, de acordo com essa experiência, verificou-se que as histórias devem ser breves, pois as crianças logo dispersam. O macromodelo foi empregado de forma lúdica, sendo apresentado como uma surpresa para as crianças: o Bocão. Nesta metodologia, aproveitou-se o momento para realização de orientações sobre técnicas de escovação. Deve-se pontuar que após essa atividade, muitos pais comentaram que se tivessem a mesma oportunidade quando crianças não teriam perdido tantos dentes. As gincanas mostraram-se também efetivas, entretanto, observou-se que o ato de brincar e de competir foi mais significativo que o aprendizado dos temas propostos. Outra técnica empregada foram apresentações de fotos coloridas, ampliadas e plastificadas, ilustrando casos de cárie de mamadeira, mordida aberta e sorriso saudável. Com esse material observou-se grande interesse dos participantes, sendo um recurso de baixo custo, fácil de ser transportado e de grande durabilidade. Dest forma, conclui-se que diferentes formas de abordagem podem ser empregadas para atividades de educação em saúde, variando conforme o público alvo e objetivo da ação. Nota-se também a necessidade de planejamento constante dos profissionais de saúde para que estas ações não sejam cansativas ou espaço de imposição de saber, mas sejam um ambiente propício para o empoderamento da comunidade na busca por melhores condições de saúde.

### **ET02ES09-Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre saúde bucal: associação com a presença de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.**

MARTINS, RJ (FOA-UNESP); MOIMAZ, SAS (FOA-UNESP); GARBIN, AJÍ (FOA-UNESP); GONÇALVES, PRV (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP)

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) apresenta um papel crucial no funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto ser o elo entre a comunidade na qual trabalha e as instituições de saúde, além de possuir contato permanente com a população, uma vez que deve residir na área de abrangência da ESF. Em particular, o ACS articulado à Equipe de Saúde Bucal (ESB), pode auxiliar no diagnóstico dos indivíduos que necessitam de ações específicas, facilitando o acesso e utilização dos serviços básicos odontológicos. Esse profissional possui ação de trabalho por meio do repasse de informações e conhecimentos, com o propósito de fazer a população entender que é a maior interessada e responsável pela sua saúde bucal. Nesse contexto, objetivou-se verificar associação entre a realização de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a presença da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o nível de conhecimento sobre saúde bucal dos ACS. Uma pesquisa tipo inquérito foi realizada em 5 municípios do Estado de São Paulo, Brasil, por meio de um questionário semi-estruturado, auto-aplicável. As seguintes variáveis foram analisadas: presença da ESB na ESF, realização de capacitação sobre saúde bucal, percepção da necessidade de mais informações sobre o tema e questões específicas sobre saúde bucal. Do total de entrevistados (n=173), 104 (60,1%) ACS pertenciam a uma ESF com ESB implantada e 64 (37%) tiveram capacitação sobre o tema, entretanto 149 (86,1%) acreditavam precisar de mais informações. Além disso, com relação ao conhecimento sobre saúde bucal dos ACS, o conceito predominante (48%) foi “Bom”. Observou-se associação significativa entre a capacitação recebida (p=0) e a presença da ESB na ESF (p=0), com o nível de conhecimento dos ACS. Conclui-se que a capacitação dos ACS e a presença da ESB na ESF têm associação direta com o conhecimento em saúde bucal dos ACS.

### **ET02ES10-Ações educativas em saúde bucal realizadas em um projeto de extensão universitária na Região Amazônica.**

DAMASCENO, RJ (FOB-USP); SANTO, CE (FOB-USP); OLIVEIRA, NA (FOB-USP); FIGUEIREDO, AM (FOB-USP); BASTO, JRM (FOB-USP); CALDANA, ML (FOB-

USP).

O Projeto “USP em Rondônia” da Faculdade de Odontologia de Bauru, desenvolve um programas educativos-preventivos com ações em Odontologia e Fonoaudiologia informando a população sobre hábitos saudáveis, em busca de uma melhor qualidade de vida. Nesta esfera, o presente trabalho apresenta as ações de educação em saúde desenvolvidas no interior do Estado de Rondônia, no município de Monte Negro-RO. Para a realização das atividades foram utilizados materiais educativos ilustrados confeccionados com linguagem simples e acessível. Na área odontológica, além das práticas educativas com o auxílio de modelos articulados, houve a distribuição de kits com dentifrícios e escovas dentais em que os indivíduos eram convidados a realizar uma escovação supervisionada, além dos bochechos fluoretados. Neste âmbito, destaca-se que, na última expedição realizada em janeiro de 2012, um total de 947 indivíduos receberam os kits, com prévia orientação sobre a higiene bucal. Na área fonoaudiológica, realizou-se um trabalho voltado para o desenvolvimento da linguagem oral e higiene vocal e auditiva. Assim, as ações desenvolvidas, baseadas na tríade universitária, têm repercutido positivamente para a saúde desta população da região amazônica, sendo que as atividades educativo-preventivas propostas têm sido bem aceitas, existindo um bom grau de compreensão e participação por parte da mesma. Aliado a este fato, observou-se uma melhora no padrão comportamental dos indivíduos com relação a higiene bucal e com relação aos cuidados com a saúde auditiva.

### **ET02ES11-Cartão SOPREV.**

LOPES, SAM (PM-Delfinópolis-SP)

A educação em saúde é fundamental. Através de medidas simples como a higiene bucal e orientação da dieta é que se consegue uma saúde integral quebrando o tabu de que cuidar da saúde oral é sofrimento. O objetivo do programa Cartão SOPREV é assegurar a manutenção da saúde bucal das crianças da comunidade delfinopolitana, em especial aquelas com até 05 anos de idade. E desta forma, fortalecer os princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde. Antes de completar o primeiro mês de vida, a criança é cadastrada no programa através da realização de exame clínico onde os pais recebem orientações quanto a possíveis alterações encontradas na cavidade bucal e sobre a

importância da amamentação. Basicamente funciona da seguinte maneira: a médica pediatra após o parto, no momento da alta, entrega o cartão SOPREV (Saúde Oral Preventiva) para a mãe e encaminha a criança para o cirurgião dentista cadastrá-la no programa. A equipe da ESF (Estratégia Saúde da Família) médico, enfermeiro e agentes também fazem este encaminhamento e cobram das mães se estão dando seguimento no cartão. As consultas são realizadas nas seguintes etapas: de 0 a 1 mês; 3 meses; 6 meses; 1 ano; 2 anos; 2,5 anos; 3; 4 e 5 anos, onde são feitas todas as orientações de prevenção, promoção e educação em saúde além de realizar tratamento curativo sempre que necessário. Após cinco anos de experiência com o cartão SOPREV percebe-se que o índice de cárie dentária nas crianças que frequentaram assiduamente o programa é muito baixo 4,17% se comparado com a prevalência da região sudeste que é de 55,1%. Isto mostra que atitudes preventivas sérias apresentam resultados efetivos. Conclui-se que esta é uma pequena, mas significativa contribuição para se ter gerações mais saudáveis.

### **ET02ES12-A residência multiprofissional em saúde da família e a importância da equipe preceptora na formação do profissional de saúde residente.**

*PALIS, SB (CSSM-SP-SP); OLIVEIRA, FR (CSSM-SP-SP)*

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é viabilizada por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e a Casa de Saúde Santa Marcelina para promover e agregar competências à formação dos residentes, possibilitando o desenvolvimento do exercício profissional por meio da integração de teoria e prática, no âmbito da Saúde da Família, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS. As estratégias pedagógicas de acompanhamento do residente utilizadas no curso de RMSF da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), zona leste do município de São Paulo, são: tutoria acadêmica, preceptoria do serviço representadas em preceptoria específica e equipe preceptora. A equipe preceptora da residência multiprofissional é a facilitadora na integração entre os saberes e práticas das diferentes profissões e das subjetividades, oportunizando a análise e aplicação prática do saber conquistado. Objetivo: Relatar experiência da residente de odontologia junto a Equipe de Saúde da Família (EqSF) preceptora de uma

turma da residência em Saúde da Família. Metodologia: A inserção de residentes em grupos multiprofissionais tem sido estimulada para contribuir na construção de novos fazeres e saberes, que permitam uma atenção mais humanizada e integral por meio da interdisciplinaridade. A equipe de residentes é composta por: uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional com atuação específica, interdisciplinar e multiprofissional. A equipe preceptora da residência multiprofissional é composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde, juntamente com a cirurgiã-dentista da equipe, a nutricionista e o terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a gerente da Unidade Básica de Saúde da Família. A EqSF foi selecionada para receber os residentes pela experiência, conhecimento e entendimento da residência, pela missão educadora e facilitadora no processo de formação do residente durante o curso, direcionado para a aprendizagem no serviço. Considerações Finais: Este processo de formação permite o crescimento e a transformação do profissional residente, possibilitando uma troca de saberes entre equipe e residência que amplia o olhar diante do caso e território, potencializando a ação de intervenção e do cuidado em saúde. Com a experiência, profissionalismo, vontade, afeto, credibilidade, vínculo, humanização, união, humildade e uma constante busca, perceberam que posturas acolhedoras aproximam profissionais interessados e comprometidos com a Saúde Pública e com o próximo. Esta experiência permite a diversificação do olhar, saindo de uma visão tecnicista para uma visão humanizada, possibilitando troca de experiências onde saberes são conquistados e compartilhados.

### **ET02ES13-Capacitação em promoção de saúde bucal das equipes de saúde da família da USF Heitor Rigion – Ribeirão Preto.**

*TONHOLO, VC (SMS-Ribeirão Preto-SP); BOTELHO, AC (SMS-Ribeirão Preto-SP)*

A assistência odontológica, por muito tempo, foi uma das práticas de saúde mais elitizadas no Brasil. No setor público foi estruturada a partir de modelos de assistência a escolares e pelo atendimento a livre demanda em unidades de saúde. Este modelo escolar não promoveu nenhum impacto sobre os níveis

de doença bucal, já que foi estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, com clara dicotomia curativo-preventivo, de abrangência pequena, e portanto, como um modelo excludente. Em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal constituem o eixo político básico de proposição, pretende-se alterar a prática odontológica para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, ou seja, respondendo a uma concepção de saúde que vise, sobretudo, a promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Ações de educação em saúde objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia, requisito nas ações de promoção de saúde. Estas atividades podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde bucal, assim como pelos demais integrantes da equipe de saúde da família, durante as visitas domiciliares (individual) e também nos espaços sociais (coletivo). Considerando a importância de que o trabalho do cirurgião dentista não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento frequente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Trata-se de um relato de experiência de 3 equipes da USF do Heitor Rigon com o objetivo de relatar as oficinas realizadas com metodologia participativa, através de práticas de problematização, durante as reuniões de discussão de casos de cada equipe, no primeiro semestre de 2012. As oficinas semanais com todos os membros de cada equipe tem a finalidade de capacitar seus profissionais para atuarem como multiplicadores, os recursos utilizados e materiais didáticos foram emprestados e improvisados. Como resultado até o momento atingimos uma concordância entre os membros da unidade com relação aos conceitos, atividades e rotinas em saúde bucal desenvolvidas na unidade, além de ampliação das ações de promoção de saúde, principalmente a escovação supervisionada, que constitui um indicador do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

## **ET02ES14-Técnicas empregadas para educação em saúde de pais e crianças em uma UBS da cidade de São Paulo.**

*MORAES, MLMA (Residência Multiprofissional em saúde da família, OSS Santa Marcelina-SP); ROCHA, VFB (OSS Santa Marcelina/ Prefeitura Municipal de São Paulo-SP)*

Atualmente a cárie ainda ocupa lugar de destaque entre os problemas que afetam as crianças, sobretudo quando consideramos a atual polarização da doença. Muitos pais e cuidadores, principalmente aqueles com menor grau de escolaridade, não reconhecem a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral de seus filhos. Diante deste quadro e com a responsabilidade da estratégia de saúde da família de trabalhar com a assistência, mas também com a prevenção, podem-se empregar diversas metodologias para estimular-se a participação e adesão a programas de educação em saúde. O objetivo do presente trabalho foi relatar e avaliar as diferentes metodologias empregadas para educação em saúde, em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de São Paulo. Para isto foram realizados encontros mensais, através de grupos multiprofissionais, com utilização de diferentes metodologias e recursos como teatro, fantoche, macromodelo, gincanas, além de apresentação de fotos ampliadas. Durante as atividades foram abordados temas como alimentação saudável, hábitos de sucção, práticas de atividades físicas, importância da higiene geral e bucal, cuidados no preparo de alimentos, parasitoses, além da relação entre pais e filhos. O teatro foi realizado pelos próprios profissionais, mostrando situações do cotidiano, com o objetivo de fazer com que a platéia se identificasse com as cenas apresentadas e que, através delas, pudessem ter um olhar mais crítico das relações familiares, da importância de limites na educação e dos cuidados com a saúde. Observou-se que a atuação dos profissionais na peça proporcionou descontração e diversão favorecendo a aproximação entre estes e os usuários. Os fantoches com contos infantis, também foram muito bem aceitos e, de acordo com essa experiência, verificou-se que as histórias devem ser breves, pois as crianças logo dispersam. O macromodelo foi empregado de forma lúdica, sendo apresentado como uma surpresa para as crianças: o Bocão. Nesta metodologia, aproveitou-se o momento para realização de orientações sobre técnicas de escovação. Deve-se pontuar que após essa

atividade, muitos pais comentaram que se tivessem a mesma oportunidade quando crianças não teriam perdido tantos dentes. As gincanas mostraram-se também efetivas, entretanto, observou-se que o ato de brincar e de competir foi mais significativo que o aprendizado dos temas propostos. Outra técnica empregada foram apresentações de fotos coloridas, ampliadas e plastificadas, ilustrando casos de cárie de mamadeira, mordida aberta e sorriso saudável. Com esse material observou-se grande interesse dos participantes, sendo um recurso de baixo custo, fácil de ser transportado e de grande durabilidade. Desta forma, conclui-se que diferentes formas de abordagem podem ser empregadas para atividades de educação em saúde, variando conforme o público alvo e objetivo da ação. Nota-se também a necessidade de planejamento constante dos profissionais de saúde para que estas ações não sejam cansativas ou espaço de imposição de saber, mais sim um ambiente propício para o empoderamento da comunidade na busca por melhores condições de saúde.

### **ETozES15-O aprender, o brincar e a saúde: o uso de um sistema de identificação e organização que auxilia o educador na hora da escovação.**

*SILVA, SG (SMS-Peruíbe-SP).*

A aprendizagem quando compartilhada entre educação e saúde, serve como ferramenta para desencadear os processos de prevenção e estabelecer uma prática participativa na construção de hábitos de higiene. O vínculo que o educador tem com seu aluno, tanto afetivo quanto educativo, nos faz considerá-lo o melhor agente preventivo, é imprescindível a parceria com a educação para atingir o objetivo de proporcionar qualidade de vida. A escola tem um papel fundamental na construção, conscientização e estímulo da prática de escovação dentária como rotina de autocuidado e prevenção em saúde bucal. O desenvolvimento da identidade e da autonomia dos pequenos não ocorre de maneira adequada se não for estimulado. Por isso, todo educador que trabalha com o ensino infantil ou fundamental desempenha um papel essencial, pois ele ajuda a criança a desenvolver-se, desde que consiga estabelecer vínculos. Na rotina da escovação diária há uma dificuldade muito grande de estabelecer estes vínculos, pois os educadores estão desmotivados pela

falta de ferramentas adequadas que o auxiliem no processo de realizar esta atividade de forma fácil, simples, efetiva e que não prejudique o tempo pedagógico dentro da sala de aula. Durante anos acompanhando o trabalho de prevenção em saúde bucal nas escolas, a queixa constante dos educadores é que a rotina de escovação diária fica comprometida, porque as escovas são esquecidas em casa ou são guardadas de forma inadequada (em estojos, sacos de plásticos, E.V.A., tecidos, garrafas pet, tubos de plástico, etc...) transformando o acessório em um meio de contaminação e no momento das crianças pegarem suas escovas é um processo demorado, confuso e pouco higienico. Diante disso, observou-se que tão importante quanto ter as escovas é mantê-las dentro da sala de aula, armazenadas num ambiente higienico, que permite a identificação, que otimize o tempo pedagógico e o local onde as escovas são armazenadas seja um instrumento auxiliar de organização que facilite e estimule tanto educador quanto aluno na rotina da escovação. Realizou-se um estudo das cores para serem usadas como forma de linguagem na organização das crianças dentro da sala de aula no momento da escovação, para facilitar o educador nesta tarefa. As crianças não raciocinam como os adultos e apenas gradualmente se inserem nas regras, valores e símbolos da maturidade psicológica. A cor é vista: impressiona a retina. É Sentida: provoca uma emoção. É construtiva, pois tendo um significado próprio, possui valor de signo ou símbolo, podendo assim, construir uma linguagem que comunique uma ideia. Dessa forma, as cores foram usadas como signos para organizar e construir essa linguagem do aprendizado, tornando alegre e divertido desde a primeira infância, já que as cores sempre estiveram presentes no universo infantil como linguagem. Foi feito um estudo piloto em duas salas de aula do 1º ano do ensino fundamental, um no município de Perúíbe com 25 alunos e outro no município de Santo André com 30 alunos, durante 45 dias, utilizando o Sistema PEC que é um Sistema de Organização, Armazenamento, Identificação e Higienização de Escovas Escolares. O PEC (Porta Escova Coletivo) em seu sistema de identificação tem 5 cores (azul, amarelo, verde, rosa e laranja), possui 8 tipos de desenhos, representados ludicamente por figuras do universo marinho e números. O PEC tem 8 casulos individualizados para armazenar as escovas. Cada cor do PEC preestabelece um grupo de 8 crianças para a escovação, facilita, simplifica, auxilia na supervisão

e otimiza o tempo pedagógico na sala de aula. A autonomia das crianças é desenvolvida na medida em que podem identificar pegar e guardar sua própria escova, orientando-se pelo seu registro nos casulos por meio de desenhos, números e cores. A identificação de uma forma lúdica transforma este momento numa brincadeira pedagógica, foram sugeridas algumas atividades em forma de cartilha, desenvolvida por pedagoga que simplifica a introdução deste sistema no processo de identificação, fazendo uma “ponte” entre o aprender, o brincar e a saúde. Educadores participantes do estudo realizado nestas escolas relataram que as cores e os desenhos dos animais marinhos na hora da identificação facilitaram o armazenamento e manuseio das escovas no PEC e principalmente diminuiu muito o tempo entre as crianças pegarem as escovas de dente e se organizarem para escovar. Relatam que ficou mais rápido, mais eficiente, mais organizado, mais higiênico e otimizou o tempo pedagógico na sala de aula, facilitando muito esta tarefa diária. As crianças sentiram-se motivadas e tornou uma grande brincadeira o momento da escovação. Dessa forma, atingiu-se o objetivo de manter as escovas na sala de aula criando vínculos educativos de uma maneira divertida e principalmente facilitando para o educador a rotina de escovação. Este sistema de identificação, organização, armazenamento e higienização vêm contribuir na solução de um problema sério que o educador tem na rotina de escovação e que compromete muitas vezes o programa de prevenção em saúde bucal nas escolas. O sistema de identificação simplifica o armazenamento, o manuseio das escovas, fica rápido, eficiente, higiênico e otimiza o tempo pedagógico na sala de aula, organizando esta tarefa diária. Estimula e motiva o educador e alunos, contemplando essa importante parceria entre a saúde e educação. O aprender, o brincar e a saúde com estímulo, motivação e parceria refletem em resultados positivos no programa de saúde bucal.

### **ET02ES16-O trabalho em equipe multiprofissional na ação de escovação em equipe de PACS.**

*TANAKA, TAP (SMS-Suzano-SP); ALVES, ME (SMS-Suzano-SP); ALVES, JC (SMS-Suzano-SP)*

Suzanópolis é uma equipe de PACS, portanto não possui cirurgião dentista. Visando ofertar prevenção

e assistência em saúde bucal para os cadastrados e capacitar a equipe local a lidar com problemas dessa ordem foi realizada atividade de escovação supervisionada, orientação de como realizar o autoexame da cavidade bucal para detecção precoce do câncer bucal e rastreamento de risco biológico. A ação foi pensada para alcançar crianças e adolescentes entre 4 e 18 anos de todo o território de abrangência, no período de cinco a vinte e nove de março em cada micro área (8) do território nos períodos da manhã e tarde, para possibilitar o maior acesso do grupo alvo. A equipe com uma enfermeira e oito agentes comunitários de saúde (ACS) convidou para ser matriciadores da ação uma auxiliar de saúde bucal (ASB), um cirurgião dentista (CD), e uma estagiária de Técnico em Nutrição. O recurso material utilizado foi disponibilizado pela equipe técnica de Saúde Bucal. Foi realizada educação em saúde utilizando-se recursos lúdicos para a compreensão das patologias que acometem a boca e seus anexos e a repercussão que tais patologias podem acarretar para a saúde em geral. Em um segundo momento a técnica de escovação foi demonstrada e aplicada para que todos pudessem praticar o conhecimento adquirido e que possíveis correções fossem realizadas pelos profissionais matriciadores tanto na equipe do PACS quanto nos cadastrados. Na maior parte das práticas foi possível observar o emprego incorreto de força durante a escovação, a quantidade inadequada de creme dental utilizado, e a falta de conhecimento sobre a necessidade de uso individual de escova dental. Foi trabalhado o tema do autoexame bucal com o auxílio de espelho de toucador, mesmo que esse público não fosse o alvo, mas que adquirindo o conhecimento, esse pudesse ser disseminado em suas casas. A triagem de risco foi aplicada em seguida e os necessitados foram agendados para tratamento. Para avaliar a atividade todos os participantes foram convidados a pontuar a importância da ação e em sua grande maioria foi apontado a facilidade de acesso a informação, a importância da aplicação da técnica correta de escovação e acessibilidade ao serviço de saúde. A equipe de PACS passou a partir de então a organizar outras ações de Saúde Bucal. Aprendemos que mesmo sem equipe de saúde bucal disponível 100% para o território é possível a realização de várias atividades de promoção e cuidados com a boca que previnem inúmeras doenças tais como cárie, gengivite e câncer bucal.

# Eixo 3 – Epidemiologia em saúde bucal e vigilância à saúde bucal no SUS

## ET03EVo1-Epidemiologia da cárie dentária e seu impacto na qualidade de vida em escolares obesos.

FREITAS, AR (FOB-USP); AZNAR, FDC (FOB-USP); COSTA, AHC (FOB-USP); ANDRADE, FJ (FOB-USP); YAMASHITA, J (FOB-USP); SALES-PERES, SHC (FOB-USP)

A cárie dentária ainda é considerada uma endemia mundial, especialmente entre crianças e adolescentes, apesar do declínio observado ao longo dos anos. A adoção de medidas individuais e coletivas contribui para controlá-la e tornar suas sequelas cada vez menos impactantes nesta população. A cárie pode afetar as atividades diárias como a mastigação, fonação, interação entre os indivíduos, e até mesmo a qualidade de vida dos indivíduos. O crescente aumento na prevalência de obesidade entre crianças evidencia a necessidade de estudos que relacionem as possíveis consequências desta condição em sua saúde, bem como no desenvolvimento de estratégias para a prevenção dos agravos ocasionados por esta doença. O presente estudo teve como objetivos verificar a prevalência de cárie dentária e seu impacto na qualidade de vida de escolares com sobrepeso/obesidade, no município de Dois Córregos-SP. A amostra foi constituída por 203 escolares de 10 a 12 anos de idade, de ambos os gêneros, regularmente matriculados na rede pública de ensino do município de Dois Córregos - SP, em 2010, sendo esta subdividida nos grupos I - obesidade/sobrepeso (n=101) e II - eutróficos (n=102). O município estudado não possui fluoretação da água de abastecimento público. Os exames bucais foram conduzidos por examinadores devidamente calibrados ( $Kappa > 0,94$ ), sob luz natural, utilizando-se os índices CPOD e SIC. O estado nutricional foi avaliado por meio do Índice de Massa Corpórea (IMC). Para avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida foi adotado o índice OIDP-infantil. A análise estatística utilizou os testes de Wilcoxon e t-Student ( $p < 0,05$ ). A prevalência de cárie dentária foi de 1,67 (SIC=3,85) no grupo I e de 2,13 (SIC=4,23) no grupo II. Os problemas percebidos

e relatados pelos escolares foram dentes sensíveis (51,49%), dente permanente irrompendo (51,49%) e a má posição dentária (44,55%) para o grupo I. No grupo II foram dentes sensíveis (61,76%), dente permanente irrompendo (60,78%) e a cor dos dentes (48,04%). Foi observada relação significativa entre a cárie dentária e o estado nutricional dos escolares ( $p < 0,000$ ). Houve associação entre as condições bucais e o estado nutricional dos escolares, sendo esta significativa no grupo de eutróficos para dor de dente ( $p = 0,021$ ) e cor do dentes ( $p = 0,037$ ). Conclui-se que a distribuição da cárie dentária esteve polarizada nos escolares estudados e que o grupo de eutróficos se mostrou mais sensível ao impacto das condições bucais na qualidade de vida que o de obesos.

## ET03EVo2-Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de Indaiatuba-SP, nos anos de 2006 a 2009.

HAAS, ABM (PMI-Indaiatuba-SP)

A vigilância da qualidade da água é de extrema importância para a Odontologia, que tem na fluoretação de águas de abastecimento público (FAAP) a sua principal estratégia na prevenção da cárie dentária. Embora haja um consenso geral sobre as vantagens econômicas e sanitárias da FAAP, a ausência de manutenção eficiente do sistema tem sido apontada como um de seus principais problemas. Desta forma, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a FAAP do município de Indaiatuba, Estado de São Paulo. Os dados foram obtidos junto ao departamento de Vigilância Sanitária (VISA) de Indaiatuba para os anos de 2006 a 2009, tendo sido submetidos a análise estatística descritiva. Uma pequena porcentagem das amostras foi considerada como fora do padrão aceitável (0,6 a 0,8 ppm F), apresentando valores de 9,5%, 13%, 3,2% e 0,7%, respectivamente para os anos de 2006 a 2009, indicando que o controle da FAAP tem sido mais rigoroso com o passar dos anos. A maior parte das amostras consideradas como fora do padrão aceitável apresentou tendência de

superfluoretação, com níveis de flúor de até 1,8 ppm. Embora tenha havido uma paralisação das análises em alguns meses por parte da VISA devido a falta de insu- mos, os dados sugerem que, de maneira geral, a FAAP no município apresentou consistência e estabilidade satisfatórias. Dada a sua grande importância, atenção especial deve ser dada para que os recursos necessá- rios sejam destinados a este serviço, evitando, assim, interrupções nas análises, o que pode ter um impacto negativo sobre toda a população que consome a água de abastecimento da cidade.

### **ET03EVo3-Cárie Dentária e Qualidade de Vida em mulheres idosas institucionalizadas, Bauru-SP.**

*FIGUEIREDO, AM (FOB-USP); MONTEIRO, AX (FOB-USP); COELHO, TRF (FOB-USP); DAMASCENO, RJ (FOB-USP); SILVA, MAS (FOB-USP); LAURIS, JRP (FOB-USP); CALDANA, ML (FOB-USP); BASTOS, JRM (FOB-USP)*

Os cuidados com a saúde bucal são comumente negligenciados por políticas de saúde destinados à idosos, e a maioria dos protocolos sobre higiene pessoal e saúde geral são considerados inadequados em hospitais e instituições de longa permanência (ILP). Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre cárie dentária e a qualidade de vida de mulheres idosas institucionalizadas. A amostra foi constituída de 27 mulheres residentes em uma instituição de longa permanência que consentiram participar da pesquisa e tiveram identidades preservadas. Para avaliação da cárie dentária foi utilizado o índice CPOD de acordo com os padrões recomendados pela Organização Mundial de Saúde, e para avaliar a qualidade de vida foi aplicado o questionário WHOQOL-bref composto pelos seguintes domínios: físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente. A análise estatística foi realizada aplicando-se frequências absolutas e relativas, sendo utilizado o teste Correlação de Spearman ( $p < 0,05$ ). Com relação à cárie dentária foi observado CPOD de 28,07 (6,58) com aumento expressivo de componente perdido. A média de qualidade de vida foi de 74,33%, sendo o domínio físico o de maior média e o de relações pessoais o mais baixo. Não foi encontrada relação significativa entre CPOD e os domínios de relações pessoais ( $p = 0,002$ ) e físico ( $p = 0,047$ ), tanto quanto a encontrada entre estes domínios ( $p = 0,003$ ) e o componente perdido

( $p = 0,046$ ). Verificou-se que as condições de saúde bucal tem impacto importante na qualidade de vida de mulheres idosas institucionalizadas. Recomenda-se a implementação de atividades preventivas e cuidados de saúde bucal para melhoria da qualidade de vida dessas pacientes.

### **ET03EVo4-Saúde bucal e condições socio-econômicas: pré-escolares do interior do Estado de São Paulo.**

*XAVIER, A (FOB-USP); CARVALHO, FS (FOB-USP); ARAKAWA, AM (FOB-USP); BASTOS RS (FOB-USP); CALDANA, ML (FOB-USP); BASTOS, JRM (FOB-USP)*

A associação entre condições econômicas e sociais e prevalência da cárie dentária tem sido observada em vários estudos. Pesquisas tem evidenciado que pessoas vivendo em condições socioeconômicas precárias são mais favoráveis à exposição a fatores de risco que influenciam as condições de saúde bucal e consequentemente a qualidade de vida. A presente pesquisa teve por objetivo avaliar o perfil de cárie dentária de pré-escolares e sua relação com a classificação socioeconômica das famílias no município de Bauru, Estado de São Paulo. A amostra foi constituída por 229 pré-escolares entre 3 e 5 anos de idade regularmente matriculados em escolas públicas. Para avaliação a cárie dentária foi adotado o índice ceod de acordo com os padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para avaliação das condições socioeconômicas dos pais ou responsáveis pelos pré-escolares foi adotada a metodologia de Graciano (1980) a qual avalia cinco fatores que recebem uma pontuação, sendo: renda familiar, número de membros da família, escolaridade do responsável, condições de habitação e ocupação do responsável. A análise estatística foi realizada de modo descritivo por meio de frequências absoluta e relativa e foram realizados os testes Kruskal Wallis e Correlação de Spearman ( $p < 0,05$ ). Com relação ao perfil da cárie dentária foi encontrada uma média de 1,65 (2,87) com maior percentual de dentes cariados, e o índice Sic de 4,88 (3,20) demonstrou polarização da cárie dentária no grupo estudado. Relativamente à classificação socioeconômica, 66,38% das famílias se encontravam na classe média inferior, 42,03% tinham renda inferior a 2 salários mínimos e 41,48% tinham ensino médio completo. Correlação estatisticamente significativa foi encontrada entre ceod ( $p = 0,003$ ) e

componente cariado ( $p=0,009$ ) com a classificação socioeconômica final. Pode-se concluir que houve baixa prevalência de cárie dentária e polarização da doença no grupo estudado. Foi verificada relação significativa desta condição com a classificação socioeconômica das famílias, demonstrando que tais parâmetros podem guiar novas práticas objetivando a redução de desigualdades na distribuição da cárie dentária na população.

### **ET03EVo5-Análise das condições bucais e de seu impacto na qualidade de vida após cirurgia bariátrica.**

*CARVALHO, CAP (FOB-USP); MARSICANO, JA (FOB-USP); CENEVIVA, R (USP/FMRP); SALES-PERES, SHC (FOB-USP)*

Esta pesquisa objetivou verificar condições bucais, como cárie dentária, doença periodontal e fluxo salivar em pacientes bariátricos e o seu impacto na qualidade de vida. A amostra foi constituída por 28 pacientes obesos em tratamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP) que foram submetidos à cirurgia bariátrica e acompanhados após 3 meses desta cirurgia. Os índices para avaliação das condições bucais foram: CPOD, IPC e volume de fluxo salivar. Os questionários BAROS e OIDP foram utilizados para verificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. ANOVA e teste de Friedman foram adotados ( $p<0,05$ ). O CPOD encontrado nos obesos foi de 16,25,3 e após 3 meses de cirurgia foi de 18,64,0, não sendo significativa esta diferença entre os dois momentos ( $p>0,05$ ). Em relação à condição periodontal, a bolsa periodontal esteve presente em 49,1% dos obesos aumentando para 60,7% após 3 meses da cirurgia, porém essa diferença entre os períodos avaliados não foi significativa ( $p=0,245$ ). A média do fluxo salivar foi 0,80,4 e 0,90,4, para os pacientes obesos e após 3 meses da cirurgia bariátrica, respectivamente ( $p>0,05$ ). A qualidade de vida após a cirurgia bariátrica foi considerada razoável para 57,1% dos pacientes de acordo com o BAROS. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia bariátrica foi menor (OIDP) quando comparado com os obesos ( $p>0,05$ ), sendo que a capacidade mastigatória foi a mais impactante. Conclui-se que os problemas bucais pré-existentes, como a doença periodontal, parecem se agravar após a cirurgia bariátrica, porém não influenciando na qualidade de vida.

### **ET03EVo6-Impacto de variáveis sociodemográficas no pronto atendimento odontológico de Piracicaba-SP.**

*FONSECA, DAV (SMS-Piracicaba-SP); AMBROSANO, GMB (FOP-UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP); MIALHE, FL (FOP-UNICAMP); MENEZES, MC (FOP-UNICAMP)*

Este estudo tem como objetivo analisar a influência de fatores sociodemográficos e da organização do serviço público odontológico na procura por atendimento em um pronto atendimento odontológico, a fim de auxiliar o poder público no planejamento de ações integradas de saúde. Além das necessidades percebidas pela população para alívio da dor ou desconforto, outro fator que pode contribuir para uma maior procura por estes serviços relaciona-se a falta de organização ou a precarização dos sistemas de atenção básica. Nestes casos, os serviços de urgência/emergência acabam por absorver as necessidades dessa população. Foram utilizados todos os registros dos usuários que procuraram por atendimento no Serviço de Pronto Atendimento Odontológico de Piracicaba-SP, no período de 01/01/2007 a 31/12/2009, sendo classificados segundo a característica dos bairros de residência, da idade, do gênero, da data e do período do atendimento. O mapa de inclusão/exclusão social do município foi utilizado para classificá-los quanto à questão sociodemográfica, a localização da unidade de saúde de referência e a existência de serviço odontológico inserido na mesma foi verificada junto a Secretaria de Saúde do município. Foram analisados 57.231 registros de atendimento, onde 5,24% da população estimada do município utilizaram o serviço no período estudado, com maior procura na faixa etária de 20 a 49 anos (63,84%), o período da tarde durante os dias úteis apresentou maior procura e o período da manhã dentre os finais de semana e feriados. Não houve diferença estatisticamente significativa na procura quanto ao gênero. Os procedimentos mais executados foram os cirúrgicos (54,90%), sendo que os procedimentos cirúrgicos e os conservadores apresentaram um comportamento inverso no decorrer do período, com um declínio dos cirúrgicos. Conclui-se que os usuários residentes em áreas de maior exclusão social apresentaram 4,15 vezes mais chance de procurar pelo serviço de pronto atendimento, e não foi observada associação estatisticamente significativa entre a procura pelo serviço

de pronto atendimento e a existência de equipe de saúde bucal na área de residência. Os municípios têm investido na expansão da rede de atenção básica por meio da estratégia de saúde da família, e os resultados mostram que o problema pode não estar na ESF e sim na discussão sobre a organização do processo de trabalho. Percebe-se, portanto, que a expansão da rede de atenção básica, por meio da estratégia de saúde da família, é importante para se melhorar a equidade em saúde, porém, como mostrado nesse estudo, insuficiente. Assim, são necessárias reavaliações periódicas das ações desenvolvidas pelas ESB, a fim de estabelecerem linhas de cuidado universais e equitativas em saúde bucal, e melhorias na relação equipe-comunidade. Além disso, ações intersetoriais voltadas a aprimorar as oportunidades e condições de vida das coletividades devem ser pensadas pelas equipes, possibilitando um melhor planejamento e a organização da rede local de assistência odontológica e assim auxiliar o gestor na organização do serviço.

### **ET03EVo7-Qualidade de vida em adultos do grupo de polarização da cárie no serviço público.**

*SILVA, EA (FOP-UNICAMP); SOUSA, MLR (FOP-UNICAMP)*

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos usuários do serviço público de São Paulo e que pertencem ao grupo de maior experiência de cárie. Este estudo transversal foi realizado em Unidades Básicas de Saúde com adultos de 30 a 59 anos, usuários do serviço público da região sudeste da cidade de São Paulo. Foram aplicados questionários para obtenção dos dados demográficos, socioeconômicos e de qualidade de vida, denominado OHIP-14. A condição estudada foi a doença cárie dentária através do índice CPO-D de acordo com critérios da Organização Mundial da Saúde (1997). Após o seu cálculo procedeu-se ao cálculo do índice *Significant Index Caries-SiC*, definindo o grupo de maior experiência de cárie (polarização). O OHIP-14 foi dicotomizado em ausência ou presença de impacto, bem como analisado por dimensões. O índice *SiC* foi dicotomizado segundo seu valor encontrado. Utilizou-se a análise descritiva das condições estudadas e o teste do qui-quadrado para as associações. A amostra foi de 111 adultos, com a idade média de 42 anos. Nas dimensões

do OHIP-14, mostrou-se associação na incapacidade física ( $p=0,004$ ) e na limitação física ( $p=0,025$ ). O grupo de alta experiência de cárie apresentou o *SiC*  $\geq 25,5$ . Quanto ao OHIP-14, o grupo de alta experiência de cárie apresentou impacto semelhante ao grupo de baixa experiência de cárie. O impacto da cárie dentária na qualidade de vida do grupo de alta experiência de cárie foi similar ao grupo de baixa experiência de cárie. Entretanto, sugere que a identificação de grupo de alta experiência de cárie merece atenção especial e deve ser considerada na avaliação do impacto da cárie na qualidade de vida.

### **ET03EVo8-Condições de saúde bucal em 2012 de pré-escolares e escolares em Tatuí-SP.**

*VILLA NOVA, FA (FOP-UNICAMP); AMBROSANO, GMB (FOP-UNICAMP); GUIMARÃES ML (SMS-TATUÍ); GONÇALVES SM (SMS-TATUÍ); GOLVEIA E (SMS-TATUÍ)*

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são importantes instrumentos de política de vigilância em saúde, estes inquéritos mantêm uma base de dados que servirão para o planejamento das ações de prevenção e assistência em saúde bucal com relação às idades índices pesquisadas aos profissionais da área da saúde, educação, planejamento e administração do serviço público. Este trabalho teve como objetivo conhecer as condições de saúde bucal, com relação à cárie dentária da população aos 5 e 12 anos do município de Tatuí-SP e comparar os resultados municipais com os do Projeto SB Brasil 2010. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP) em 03/08/2011 com protocolo 079/201. Foi utilizada a metodologia da OMS para levantamento epidemiológico em saúde bucal, 4ª edição, 1997. Os exames foram realizados por dois cirurgiões-dentistas que foram treinados e calibrados previamente. Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou os valores da média da variável e desvio padrão obtidos em estudo anterior, adotando-se, para tal, nível de confiança de 95%, erro amostral de 20% e efeito do desenho (deff) de 1,5, somaram-se 20% a esse total, a fim de compensar eventuais perdas e recusas. Na amostra aos 5 anos foram examinados todos os alunos de todas as 31 unidades pré-escolares municipais e de 4 escolas particulares, para a amostra

aos 12 anos foram examinados todos os alunos de 6 escolas pública que foram sorteadas e 4 particulares. Foram examinadas 682 crianças aos 5 anos e 658 aos 12 anos. O ceo médio aos 5 anos para os voluntários das escolas privadas foi de 0,03 com desvio padrão de 0,17 e 97% livres de cárie, as escolas públicas registraram ceo médio de 1,59 com desvio padrão de 2,65 e 59,0% livres de cárie. Na idade índice aos 12 anos o CPO-D médio para as escolas privadas foi de 0,05 com desvio padrão de 0,23 e 94,1% livres de cárie, já as escolas públicas tiveram CPO-D médio de 1,07 com desvio padrão de 1,73 e 58,8% livres de cárie. Comparando os dados da pesquisa municipal com os do SB Brasil 2010 temos, ceo médio em Tatuí aos 5 anos de 1,51 com 60,9% livres de cárie contra ceo médio de 2,10 e 51,9% livres de cárie registrados para região sudeste e ceo médio de 2,43 e 46,6% livres de cárie para o Brasil. Aos 12 anos o CPO-D médio de Tatuí foi de 0,99 com 61,6% livres de cárie contra CPO-D médio de 1,72 e 48,4% livres de cárie na região sudeste e CPO-D médio de 2,07 com 43,5% livres de cárie a nível nacional. Conclui-se que os índices relacionados à cárie dentária do município de Tatuí-SP são melhores quando comparados com a região sudeste e Brasil.

### **ET03EV09-Perfil epidemiológico da dor de dente em adolescentes de um município do interior paulista.**

CARVALHO, FS (FOB-USP); CARVALHO, CAP (FOB-USP); XAVIER, A (FOB-USP); MENDES, HJ (FOB-USP); BASTOS, RS (FOB-USP); CALDANA, ML (FOB-USP); BASTOS, JRM (FOB-USP)

A dor de dente parece ser o problema de saúde bucal de maior impacto sobre o bem estar dos indivíduos, interferindo diretamente na qualidade de vida, pois provoca distúrbios no sono, diminuição do rendimento no trabalho, faltas escolares e dificuldades na alimentação. O objetivo deste estudo foi analisar a causa, duração, prevalência e severidade da dor de dente em adolescentes. Participaram 101 adolescentes matriculados na única escola do município de Reginópolis-SP. A amostra foi estratificada de acordo com idade (60,40% de 11 a 13 anos e 39,60% de 14 a 17 anos), gênero (43,56% meninos e 56,44% meninas) e raça (70,30% brancos e 29,70% não brancos). Para aferir a dor de dente dos adolescentes foi aplicado um questionário que verificou a causa, duração, prevalência e severidade da dor. O teste do qui-

quadrado foi utilizado para identificar as diferenças entre os grupos, sendo adotado nível de significância de 5,00%. A dor de dente foi relatada por 30,69% dos adolescentes após comer ou beber algum alimento, sendo maior para a faixa etária de 11 a 13 anos, gênero feminino e para não brancos. Quanto à duração da dor de dente, 22,77% dos adolescentes relataram dor que durou menos de uma hora, em sua maioria em indivíduos entre 11 e 13 anos de idade, sexo feminino e da raça branca. Em relação à causa e duração da dor não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos avaliados. 71,29% dos adolescentes tiveram dor de dente alguma vez na vida e 22,77% tiveram dor nos últimos seis meses, sendo que esta ocorrência foi maior entre os adolescentes de 11 a 13 anos de idade ( $p < 0,05$ ), do gênero feminino e da raça branca. Quanto à severidade da dor de dente, os adolescentes relataram intensidade moderada, principalmente em indivíduos de 11 a 13 anos de idade, do gênero feminino e da raça branca. Pode-se concluir que a dor de dente neste estudo esteve associada à alimentação e duração de menos de uma hora. Observou-se alta prevalência e severidade moderada da dor de dente. A utilização deste indicador de saúde bucal pode auxiliar no planejamento de ações pelos serviços de saúde, a fim de minimizar seus efeitos na rotina e na qualidade de vida dos indivíduos.

### **ET03EV10-Cárie dentária, doença periodontal e Diabetes Mellitus em pacientes obesos mórbidos.**

IONTA FQ (FOB-USP-Bauru-SP-SP); MARSICANO JA (FOB-USP-Bauru-SP-SP); ANDRADE FJT (FOB-USP-Bauru-SP-SP); BONATO RCS (FOB-USP-Bauru-SP-SP); SALES-PERES A (FOB-USP-Bauru-SP-SP); PASSERI CR (HCE-Jaú-SP); SALES-PERES SHC (FOB-USP-Bauru-SP-SP)

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de cárie dentária e doença periodontal e, avaliar a relação com alterações nos níveis de glicemia em pacientes obesos mórbidos, candidatos à cirurgia bariátrica. A amostra consistiu-se de 30 pacientes obesos mórbidos que foram avaliados em relação à cárie dentária, doença periodontal e alterações nos níveis de glicemia. Foi adotado o Sistema Internacional de Avaliação de Detecção de Cáries (ICDAS-II), profundidade de sondagem (PD), nível clínico de inserção (CAL), presença de sangramento gengival (S) e cálculo dentário (C). Os

dados de IMC e do diabetes mellitus foram retirados dos prontuários. O teste Qui-quadrado e o Odds-ratio foram utilizados para a análise estatística ( $p < 0,05$ ). Verificou-se que 46,7% dos pacientes apresentaram lesões cáries iniciais e 53,3% apresentaram lesões cavitadas. Na condição periodontal, a PD foi de 1,65 0,46 mm e a CAL 1,85 0,79mm. O sangramento esteve presente em 73,3% e o cálculo em 66,7% dos pacientes avaliados. Entre os pacientes estudados, 23,33% deles eram diabéticos. A prevalência de lesões cáries entre os pacientes diabéticos não diferiu do grupo todo ( $OD=1,22$ ;  $p=0,840$ ). Já em relação à condição periodontal esteve significativamente pior nos pacientes com diabetes ( $OD=17,2$ ;  $p=0,04$ ). A maioria dos pacientes obesos mórbidos apresentou lesões de cárie cavitada e as condições profundidade de sondagem e perda de inserção foram mais graves nos indivíduos diabéticos. Por isso, medidas educativas e preventivas em saúde bucal deveriam ser implementadas para os indivíduos obesos mórbidos, especialmente os que também são portadores de diabetes mellitus.

### **ET03EV11-Cárie e fluorose em escolares obesos em um município sem fluoretação das águas de abastecimento.**

*DOKKO, JR (FOB-USP/Bauru-SP); FREITAS, AR (FOB-USP/Bauru-SP); ANDRADE, FJP (FOB-USP/Bauru-SP); CAPELARI, MM (FOB-USP/Bauru-SP); HONÓRIO, HM (FOB-USP/Bauru-SP); SALES-PERES, SHC (FOB-USP/Bauru-SP)*

A redução da prevalência de cárie tem sido acompanhada por um aumento da incidência de fluorose e esta pode ter um efeito cosmético negativo nos indivíduos, podendo afetar as relações sociais e apresentar repercussões psicológicas. Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de cárie e de fluorose dentária em escolares de 10 a 12 anos, com obesidade/sobrepeso, em um município do centro-oeste paulista sem fluoretação artificial das águas de abastecimento público. Foram avaliados 203 escolares de ambos os gêneros, sendo 101 com obesidade/sobrepeso (O) e 102 eutróficos (E). Os exames das condições bucais foram realizados por examinadores devidamente calibrados ( $Kappa > 0,94$ ), sob luz natural, utilizando-se os índices CPOD e SIC, para cárie dentária, e Dean e índice comunitário de fluorose, para avaliação da fluorose. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi utilizado para avaliar o es-

tado nutricional dos escolares. Para a análise dos dados utilizou-se os testes de Wilcoxon e t-Student ( $p < 0,05$ ). A prevalência de cárie dentária entre os escolares foi de 1,67 (SIC 3,85) em O e de 2,13 (SIC 4,23) em E. A fluorose dentária foi observada em ambos os grupos (31,68%-O e 37,25%-E), com destaque para os valores encontrados no índice comunitário de fluorose em ambos os grupos (0,38 - O e 0,39 - E). Observou-se associação entre o estado nutricional e a cárie dentária ( $p < 0,000$ ), e entre cárie e fluorose dentária ( $p < 0,000$ ). A partir do exposto pode-se concluir que a ocorrência de cárie dentária se deu de forma polarizada e que cerca de um terço da amostra estudada apresentou algum grau de fluorose, em um município sem fluoretação de águas. Estudos futuros deverão analisar a concentração de fluoretos nas águas de abastecimento público desse município, para que os achados do presente estudo possam ser esclarecidos.

### **ET03EV12-O Rastreamento de Câncer Bucal no Município de Suzano no período de 2005 à 2011.**

*ALVES, JC (SMS-Suzano-SP); ALVES, ME (SMS-Suzano-SP); CALVACANTI, D (SMS-Suzano-SP)*

Na cidade de Suzano, desde o ano de 2005 há registro da implantação e implementação das ações de Prevenção e Tratamento de lesões nos tecidos moles da boca que encontram facilidades de execução no período de mobilização para a campanha de vacinação contra o vírus Influenza, tal como a presença do grupo populacional de 60 anos de idade e mais nas Unidades Básicas de Saúde, grupo este considerado de risco para o câncer de boca, e que usualmente não acessa serviços de saúde bucal pelo fato de julgar desnecessário por já ter perdido a maioria dos dentes. O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da capacitação para o CD e resgatar o percentual de cobertura do rastreamento comparando com a população vacinada no período de 2005 a 2011. Buscaram-se nos arquivos da SMS de Suzano os registros dos rastreamentos anuais realizados pelos CDs e os registros dos exames clínicos minuciosos realizados pelo profissional especialista em semiologia. Encontrou-se também o registro de uma capacitação em semiologia que antecedeu o rastreamento de 2010. No período de 2005 a 2011 foram vacinados 100.093 indivíduos, destes, 38.474 foram rastreados. Foram identificadas 209

lesões cancerizáveis e diagnosticados 12 casos de câncer bucal. A taxa de cobertura do rastreamento foi de 34%. No período analisado destaca-se a cobertura do rastreamento de 2010 que foi de 74% e de 2011 que foi de 56%. A capacitação realizada mostrou-se eficaz, pois o resultado no período de 2010 a 2011 foi de 174 lesões cancerizáveis e no período de 2005 a 2009 foi encontrado apenas 62 lesões cancerizáveis. Assim, investimentos em treinamentos de examinadores, bem como o direcionamento de tais rastreamentos a grupos populacionais classificados como de alto risco para câncer bucal pode melhorar a qualidade diagnóstica do CD e consequentemente a relação custo/benefício do rastreamento de câncer bucal.

### **ET03EV13-Reprodutibilidade e Acurácia do Exame Diagnóstico para Câncer Bucal entre Cirurgiões Dentista da Rede Pública de Saúde.**

*ALVES, JC (FOP-UNICAMP); MIALHE, FL (FOP-UNICAMP); MARQUES, RAA (SMS - SP); QUELUZ, D (FOP-UNICAMP)*

O câncer é um problema de saúde pública e foi responsável por 13% das mortes no mundo, no ano de 2005. O rastreamento é um método que pode ser aplicado para detectar os indivíduos mais vulneráveis à doença, identificar lesões com e sem suspeita de malignidade oferecer assistência precoce e assim reduzir os danos. Os objetivos deste estudo foram analisar a reprodutibilidade e a acurácia diagnóstica nos exames de rastreamento para detecção de câncer bucal realizado por Cirurgiões Dentistas (CDs) na população de 40 anos de idade e mais, cadastrada no programa saúde da família, implantado em 18 Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sob contrato de gestão da Casa de Saúde Santa Marcelina. Para análise da reprodutibilidade, dados primários, relativos à calibração realizada através das metodologias *in lux* (30 imagens) e *in vivo* (560 indivíduos), com 39 CDs, foram coletados de outubro a novembro de 2009. Para a análise da acurácia, dados secundários, relativos ao rastreamento realizado de novembro de 2009 a dezembro de 2010, pelos mesmos profissionais, em 653 indivíduos foram obtidos. Durante a calibração e o rastreamento os indivíduos foram classificados em uma das 3 categorias: (o) tecidos moles aparentemente saudáveis, (1) alterações em tecidos

moles sem potencial de malignidade e (2) alterações em tecidos moles com potencial de malignidade. Na calibração pela metodologia *in lux*, o valor de Kappa interexaminador foi de 0,67, sensibilidade de 93,72%, especificidade de 77,56%, e a acurácia foi de 87,43%. Na calibração *in vivo* o valor do Kappa interexaminador foi de 0,45, sensibilidade foi de 52,14%, especificidade foi de 90,44% e acurácia foi de 81,78%. No rastreamento os CDs identificaram 336 lesões sendo que o semiologista confirmou 288 casos, sendo 276 sem suspeita de malignidade e 12 com suspeita de malignidade. Dos 12 casos suspeito o exame histológico confirmou 7 casos de câncer bucal. Conclui-se que a reprodutibilidade e a acurácia do teste diagnóstico pode ser avaliada através das metodologias de calibração *in lux* e *in vivo* que verificou uma reprodutibilidade boa e regular respectivamente. O rastreamento realizado mostrou uma alta capacidade do CD clínico em diagnosticar lesões na cavidade bucal, porém não se mostrou eficaz na identificação de câncer bucal.

### **ET03EV14- Padrão de desgaste dentário e fluxo salivar em pacientes obesos mórbidos.**

*YAMASHITA, JM (FOB-USP-Bauru-SP); MARSICANO, JA (FOB-USP-Bauru-SP); MATOS, PE(FOB-USP-Bauru-SP); SALES-PERES, A(FOB-USP-Bauru-SP); PASSERI, CR(HAC-Jaú-SP), SALES-PERES, SHC(FOB-USP-Bauru-SP)*

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência do desgaste dentário em pacientes obesos mórbidos e correlacionar ao volume de fluxo salivar e avaliação antropométrica. Foram selecionados, de forma aleatória, 30 pacientes obesos mórbidos com indicação à cirurgia bariátrica, encaminhados pelo SUS. O desgaste dentário foi analisado adotando-se o IDD, fluxo salivar estimulado foi coletado e na avaliação antropométrica aplicou-se o índice de massa corporal (IMC) e relação cintura/quadril (CQ). Para análise estatística foram utilizados os testes Qui-quadrado e Odds ratio ( $p < 0,05$ ). Resultados: A idade média foi de 38,29,65, e 90% dos pacientes eram do gênero feminino. Todos os pacientes apresentaram pelo menos um dente com desgaste dentário. Em relação à severidade do desgaste, 6,7% apresentavam desgaste em esmalte dentário e 93,3% em dentina. Metade dos participantes apresentou redução no fluxo salivar e a média foi 0,830,52mL/

min. O IMC encontrado foi de 54,19, e para CQ foi de 0,880,10. Os pacientes que apresentaram fluxo salivar reduzido apresentaram maior chance de apresentar o desgaste dentário (OD=0,46; p=1,00). Em relação à avaliação antropométrica, quanto maior a relação CQ maior a severidade de desgaste dentário (OD=1,43; p=0,680) Conclusão: Pacientes obesos mórbidos estudados apresentaram fluxo salivar reduzido e houve associação positiva entre a relação cintura/quadril e o fluxo salivar e severidade do desgaste dentário. Estes pacientes devem ter acompanhamento odontológico para prevenir a progressão do desgaste dentário e o monitoramento do volume de fluxo salivar.

### **ET03EV15-O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica.**

*MARSICANO, JA (FOB-USP-Bauru-SP); SALES-PERES, A (FOB-USP-Bauru-SP); CENEVIVA, R (HCRP/FMRP/USP-Ribeirão Preto-SP); SALES-PERES, SHC (FOB-USP-Bauru-SP)*

Esta pesquisa objetivou avaliar condições bucais, como cárie dentária e doença periodontal e, verificar o impacto destas condições na qualidade de vida em pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. A amostra foi constituída por 18 pacientes obesos que foram submetidos à cirurgia bariátrica (Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - HCRP/FMRP/USP) e acompanhados após 6 meses desta cirurgia. Os índices para avaliação das condições bucais foram: CPOD e IPC. Os questionários BAROS e OIDP foram utilizados para verificar a qualidade de vida e o impacto da saúde bucal. ANOVA e teste de Friedman foram adotados (p<0,05). O CPOD médio para os obesos foi de 18,13,6 e após 6 meses de cirurgia foi de 18,14,8, não houve diferença significativa entre os períodos (p=0,793). Em relação à condição periodontal, o sangramento gengival esteve presente em 22,2% dos pacientes obesos aumentou para 38,9% dos pacientes após 6 meses da cirurgia bariátrica. A presença de cálculo e de bolsa periodontal manteve-se na mesma proporção. A qualidade de vida se apresentou boa após a cirurgia bariátrica de acordo com o BAROS. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia bariátrica foi menor (OIDP), sendo que a capacidade mastigatória foi a mais impactante. Conclui-se que os problemas

buciais de pacientes obesos mórbidos, como a cárie dentária e a doença periodontal parecem se alterar após a cirurgia bariátrica. Dessa forma, esses pacientes precisam de acompanhamento odontológico desde a fase pré-cirúrgica. Entretanto, esta alteração na condição bucal parece não influenciar a qualidade de vida, principalmente após a cirurgia bariátrica.

### **ET03EV16-Odontalgia como motivo de última consulta odontológica e sua associação com variáveis socioeconômicas, comportamentais e saúde bucal.**

*FERREIRA, LL (FOP-UNICAMP); BRANDÃO, GAM (FO-UFPA); GARCIA, G (FOP-UNICAMP), COSTA, LST (FOP-UNICAMP); AMBROSANO, GMB (FOP-UNICAMP); POSSOBON, RF (FOP-UNICAMP)*

A dor orofacial de origem dentária ou odontalgia constitui um tema pouco investigado em epidemiologia da saúde bucal e afeta proporções consideráveis de populações humanas, ocasionando sofrimento e dificuldades no desempenho de tarefas cotidianas ao indivíduo. É importante conhecer os fatores associados à odontalgia para proporcionar uma adequada intervenção e atenção a este significantemente problema dos serviços de saúde. O objetivo do presente estudo foi conhecer a prevalência de odontalgia como motivo de última consulta odontológica de adolescentes de 15 anos e verificar sua associação com fatores socioeconômicos, variáveis comportamentais e saúde bucal. A amostra probabilística contou com 592 alunos de 10 escolas estaduais de Piracicaba-SP. A variável odontalgia foi avaliada por questionário aplicado em ambiente escolar. O exame clínico bucal foi realizado segundo critérios da OMS e as demais variáveis foram investigadas utilizando questionários autoaplicáveis. Os dados foram tabulados no Excel e a associação entre as variáveis foram avaliadas utilizando Odds Ratio. Do total de 592 participantes, 55% eram do gênero feminino e 198 (33,44%) adolescentes relataram a dor de origem dentária como motivo da última consulta odontológica. Após análise estatística, a odontalgia foi associada à baixa renda (p=0,04), ao maior número de pessoas residentes no mesmo domicílio (p<0,01), a baixa frequência de escovação diária (p=0,01), à baixa frequência em consulta odontológica (p<0,001), ao longo período de tempo em que se deu a última consulta odontológica (p<0,001), à ansiedade frente ao tratamento odontológico (p<0,01),

à alta experiência de cárie ( $p < 0,01$ ) e à presença de lesão cariada não tratada ( $p < 0,001$ ). Conclui-se que a odontalgia associou-se à experiência e atividade de cárie dentária, a fatores socioeconômicos e psicossociais, mostrando a necessidade de uma maior atenção e abordagem a esta condição.

### **ET03EV17-Classificação da perda dentária em adultos: uma nova ferramenta de mensurar o impacto da perda dentária.**

*BATISTA, MJ (FOP-UNICAMP); LAWRENCE, HP (Faculty of Dentistry-U of Toronto, Canadá); FRIAS, AC (FO-USP); SOUSA, MLR (FOP-UNICAMP)*

O impacto da perda dentária na qualidade de vida tem sido comprovado por vários estudos. Este impacto tem sido mensurado através da utilização de instrumentos, que são questionários já validados e conhecidos, como é o caso do OHIP-14. Entretanto, a perda dentária na maioria dos estudos é medida pelo número de dentes perdidos, sem levar em conta a posição do elemento dental. O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da perda dentária em adultos comparando uma nova classificação de perdas dentárias e outros dois indicadores de perdas dentárias. Foram utilizados dados de um levantamento epidemiológico de saúde da população adulta de Piracicaba, onde foi realizado uma amostragem probabilística e 248 adultos (20 a 64 anos) foram examinados com relação a experiência de cárie e doença periodontal, representando 149.635,32 adultos do município. Na coleta domiciliar foi também aplicado um questionário para obtenção de demográficos, contendo o instrumento OHIP-14 para avaliar a qualidade de vida. Foram realizadas análises descritivas das variáveis estudadas. Uma classificação ordinal para perda dentária foi utilizada para o estudo: 0-indivíduos que não perderam dentes por cárie ou doença periodontal, 1-perdeu apenas os primeiros molares permanentes, 2- perdeu até 12 dentes posteriores, 3- perdeu até 12 dentes incluindo anteriores, 4- perdeu de 13 a 31 dentes, 5- edentulos. Para avaliar o impacto da perda dentária na qualidade de vida realizou-se correlação de Pearson entre a nova classificação da perda dentária, o índice de mortalidade dentária e o número de dentes perdidos com a soma total das 14 questões do OHIP-14. A média do OHIP foi 10,21 (SE 1,16). A média de dentes perdidos nesta população foi 10,30 (SE 0,82) e a média do índice de mortalidade dentária foi 43,58% (SE 2,9). Quanto a

classificação da perda dentária proposta pelo estudo, 19,5% (15,3%-24,4%) não perderam dentes, 4,4% (2,1%-9,2%) perderam os primeiros molares, 17,8% (12,6%-24,6%) perderam até 12 dentes posteriores, 26,8% (21,8%-32,5%) perderam até 12 dentes posteriores com inclusão de anteriores, 24,9% (20,2%-30,2%) perderam de 13 a 31 dentes e 6,6% (3,6%-11,6%) eram edentulos. Houve correlação significativa entre o escore do OHIP-14 e as 3 medidas da perda dentária, sendo que o Coeficiente de correlação para dentes perdidos foi 0,236, para o índice de mortalidade dentária foi 0,257 e para a classificação da perda dentária mais alto com o valor de 0,314. Há correlação entre a perda dentária e a qualidade de vida percebida nesta população de adultos para as três medidas de perdas dentárias, entretanto a nova classificação, além do número de dentes perdidos identifica a posição que eles ocupam no arco dental, permitindo uma avaliação mais detalhada inclusive para auxiliar no planejamento de serviço odontológico. Sendo assim, sugere-se que esta classificação seja considerada em estudos futuros.

### **ET03EV18-Aspectos relacionados a dor de origem dentária em escolares de municípios da região de Campinas, 2011.**

*HAFNER, MB (FOP-UNICAMP); BATISTA, MJ (FOP-UNICAMP); CYPRIANO, S (Puccamp); SOUSA, MLR (FOP-UNICAMP)*

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que promove mudanças de comportamento do indivíduo, muitas vezes impedindo que este consiga realizar suas atividades diárias normalmente. A busca pelo melhor entendimento desse fenômeno, sua diminuição ou cessação é de grande importância para a ciência e para a população. O objetivo do trabalho foi descrever e comparar a prevalência e a intensidade de dor, segundo porte do município, bem como aspectos comportamentais relacionados à dor de dente em crianças de 12 anos. Foram avaliados questionários de 1241 crianças com idade de 12 anos do interior de São Paulo (2 cidade de grande porte - GP (n=398), 4 médio porte - MP (n=663) e 2 pequeno porte - PP (n=180)) que participaram de levantamento epidemiológico da Diretoria Regional de Saúde da região de Campinas. Foi realizada amostragem probabilística em cada município. O relato de dor de dente foi respondido pelas crianças através de uma entrevista, e as questões de aspectos

comportamentais foram preenchidas pelos seus pais ou responsáveis. Para avaliação da intensidade da dor foi utilizada uma Escala Numérica (NRS) com valores de 1 a 10, sendo 1 a menor intensidade de dor e 10 a maior. Foram realizadas análises estatísticas descritivas das variáveis além do teste Anova One-way, para comparar as médias de intensidade da dor com o porte dos municípios, e Teste do Qui-quadrado, para comparar prevalência de dor com as variáveis de aspectos comportamentais, adotando o nível de significância de 5%. Entre as crianças examinadas, 16,84% (n=198) das crianças relataram dor de dente nos últimos 6 meses, com prevalência de 15,2%, 22,0%, 23,9% segundo os municípios de porte grande, médio e pequeno, respectivamente (p= 0,016). As médias de intensidade de dor de dente relatada foram 4,33 (2,18), 4,97 (2,82) e 4,08 (2,06) para GP, MP e PP, respectivamente (p>0,05). Um grande impacto dessa dor foi associado ao absenteísmo escolar, observado em 22,2% (n=44) das crianças que relataram dor. Dentre as que apresentaram dor, 96,1% (n=190) foram ao dentista, 57,9% (n=115) visitaram o dentista no último ano e 68,9% (n=137) utilizaram o serviço público odontológico, todas variáveis associadas significativamente à dor de origem dentária (p<0,001). A prevalência de dor de dente nos últimos 6 meses é maior nos municípios PP porém a intensidade dessa dor não apresentou diferença com relação ao porte dos municípios estudados (p= 0,058). Dentre os pacientes que relataram dor, verificou-se maior índice de absenteísmo escolar. Os dados sugerem que os municípios dessa região mantenham seus recursos para o pronto-atendimento, que gera o alívio da dor, e incrementem para estratégias de promoção de saúde bucal que previnam as doenças bucais e seu desenvolvimento para que não cheguem ao ponto de produzir o agravamento da dor, que gerou impactos nas atividades diárias destas crianças.

### **ET03EV19-Manchas extrínsecas do esmalte dentário e sua relação com alimentos, autopercepção e consumo de água.**

*FERREIRA, NP (FOP-UNICAMP); SOUSA, KR (UEA-Manaus-AM); BATISTA, MJ (FOP-UNICAMP); SOUSA, MLR (FOP-UNICAMP)*

O objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência das alterações de coloração de esmalte de caráter extrínseco bem como a sua relação com a água de consumo na cidade de Caapiranga/AM. Foram examinados 346

moradores da zona urbana do município que também responderam a um questionário de hábitos alimentares e autopercepção de saúde bucal. As residências foram as unidades amostrais, que foram sorteadas aleatoriamente. No momento da visita domiciliar para os exames, foram coletadas amostras de água das residências e identificadas a origem das mesmas (poço, rede pública, rio e outros). A amostra de água foi avaliada por um laboratório de análises químicas, que utilizou o teste de Espectrometria de Absorção Atômica. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis (presença de mancha extrínseca, teor de minerais, fonte da água). Foram realizados testes de Qui-Quadrado, Exato de Fisher para verificar associação do teor de ferro na água e as manchas extrínsecas. Em função dos resultados iniciais que indicaram um número insuficiente de observações para a aplicação da análise de variância (ANOVA one way), optou-se pelo teste t de Student para comparar níveis de teor de ferro em relação à procedentes de duas fontes. A alteração de coloração dentária teve uma prevalência de 5,78% (20 pessoas). A maioria da população consumiu água de poço n=261 (75,43%). Foi encontrado excesso de ferro nas águas provenientes da rede de abastecimento público (p<0,01). Não houve associação entre as manchas extrínsecas e a presença de ferro na água (p=0,6908), porém foi associado ao consumo de açaí (p=0,0021). Os que apresentaram manchas extrínsecas mostraram-se incomodados com a aparência dos seus dentes (15,09%). Encontrou-se maior teor de ferro encontrado nas fontes da água abastecimento público. Foi encontrada baixa prevalência de manchas extrínsecas de esmalte e não houve associação entre as manchas extrínsecas do esmalte dentário e o nível de ferro presente na água. Embora o excesso de ferro na água deste município não tenha se relacionado com a saúde bucal, é de extrema importância para a saúde de seus habitantes o maior controle na qualidade da água de consumo.

### **ET03EV20-Condições de saúde bucal dos usuários do serviço público para tratamento regular e urgência no município de Embu das Artes-SP.**

*Pires, OMDA; Martino, FS; Frias AC*

O Programa de Saúde Bucal de Embu das Artes, município da grande da São Paulo, em consonância com as diretrizes do SUS vem desenvolvendo ações de atenção

à saúde, garantindo ações coletivas e curativas individuais, baseado na avaliação de risco das doenças bucais. Sua estrutura conta com clínicas modulares quatorze Unidades Básicas de Saúde, das quinze existentes no município, sendo seis tradicionais e oito em estratégia de saúde da família, com sete equipes de saúde bucal em modalidade II, além de dois Centros de Especialidades Odontológicas e laboratório de Prótese Dental. Dentre suas principais características pode-se destacar a ênfase no trabalho em equipe com cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal. Este estudo buscou analisar o perfil dos usuários dos serviços de saúde bucal do município, assim como sua situação de saúde bucal com o objetivo de auxiliar e subsidiar o planejamento das ações do programa do município. Foi realizada uma pesquisa utilizando-se questionário e um levantamento de saúde bucal em usuários dos serviços de saúde bucal da rede municipal de saúde, tanto para tratamento regular como para urgência, durante os meses de setembro e outubro de 2011. O questionário contou com questões referentes à situação socioeconômica, uso de serviços odontológicos, morbidade bucal autoreferida e autopercepção de saúde bucal. As condições de saúde bucal pesquisadas foram a cárie dentária (CPOD e necessidade de tratamento), condições periodontais (CPI e PIP), alterações de tecidos moles, uso e necessidade de prótese. Os grupos etários pesquisados foram adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos acima de 65 a 74 anos. Foram examinadas 599 pessoas, sendo 228 adolescentes, 273 adultos e 98 idosos. Os resultados foram trabalhados com o *software* Epi Info 6.1. Dentre os resultados encontrados, pode-se observar que o número de pessoas nas casas foi de 4,14 em média, com uma renda de R\$ 1.159,15, sendo 63,13% de não fumantes e 50,5% que não fazem uso de bebidas alcoólicas. Com relação à última consulta odontológica, 42,0% tiveram consulta no último ano, sendo 64,9% realizadas no serviço público e 26,0% motivadas por dor. Dentre os pesquisados, 57,3% referiram dor de dentes nos últimos seis meses. Dados do CPOD apontam índice médio de 5,34 no grupo de 15 a 19 anos de idade, 15,67 de 35 a 44 anos e 19,92 de 65 a 74 anos. Quanto à necessidade de uso de prótese, no grupo dos idosos, 66,3% necessitam de prótese superior e 74,5% de prótese inferior. O trabalho mostrou que os dados relativos aos agravos bucais dos usuários do serviço público, com relação ao CPOD, são similares aos encontrados no SB Brasil 2010 para

os adolescentes e adultos, porém em melhores condições para os idosos (27,6% menor). Pode-se observar pela evolução das condições de saúde bucal encontradas, que as ações realizadas vêm trazendo melhora no quadro de saúde bucal da população.

### **ET03EV21-Indicadores de risco para experiência de cárie em adolescentes do estado de São Paulo entre 2002 e 2010.**

*LEME, PAT (FOP-UNICAMP); BULIO, AS (FOP-UNICAMP); BRIZOLARA, RV (MS, FOP-UNICAMP); BATISTA, MJ (MS, FOP-UNICAMP); SOUSA, MLR (FOP-UNICAMP)*

A mudança no perfil epidemiológico da cárie dentária no país tem como uma de suas características o adiamento da experiência de cárie para além da idade escolar sendo comum experimentar durante a adolescência as primeiras consequências desta doença. Para investigar os indicadores de risco para experiência de cárie em adolescentes (15-19 anos) do estado de São Paulo entre 2002 e 2010 foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2002 e 2010). Foram realizadas análises bivariadas entre o desfecho experiência de cárie (CPOD>0, variável dependente) e as variáveis independentes que foram dicotomizadas, por meio do Teste-Qui quadrado ( $p<0,05$ ). Posteriormente foram realizadas análises multivariadas de regressão logística (Odds Ratio, IC 95% e  $p<0,05$ ). O CPOD encontrado em 2010 no estado para esta faixa etária foi de 3,82 versus 6,41 em 2002. A proporção de adolescentes livres de cárie (CPOD = 0) foi de 27,93% em 2010 versus 10% em 2002. Os seguintes fatores associados à experiência de cárie em 2002 não estiveram mais associados em 2010: tipo de escola, acesso/tempo decorrido da última consulta, tipo de serviço e dor de dente nos últimos 6 meses. Apenas a maior concentração de pessoas no lar, que era associado em 2002, permaneceu em 2010. Por outro lado apresentar insatisfação em relação à saúde bucal passou a ser associado em 2010. Conclui-se que houve uma melhora significativa no quadro epidemiológico da cárie em adolescentes no estado de São Paulo entre os anos estudados e que houve uma mudança nos indicadores de risco associados à experiência de cárie. Tais constatações tem o potencial de auxiliar o planejamento de políticas públicas direcionadas ao combate das desigualdades em saúde bucal nessa faixa etária.

## ET03EV22-Prevalência de oclusopatias em crianças de 5 a 6 anos de idade e hábitos bucais relacionados.

SANTOS, RR (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP); GARBIN, AJI (FOA-UNESP); SALIBA, NA (FOA-UNESP); NAYME, JGR (FOA-UNESP); MOIMAZ, SAS (FOA-UNESP)

As oclusopatias estão entre os principais problemas de saúde bucal e por isso o conhecimento de sua prevalência e distribuição na população é de fundamental importância para a organização dos serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de oclusopatia na dentição decídua e hábitos bucais de crianças de escolas públicas do Município de Aracatuba-SP, Brasil, em 2010. Foram examinados 1385 escolares de 5 a 6 anos, matriculados nas 56 escolas e adotou-se a mesma metodologia de exames utilizada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Em média as famílias eram formadas por quatro pessoas e possuíam renda mensal de R\$ 1079,96. Quando os responsáveis foram questionados se as crianças necessitam de tratamento odontológico, 76,1% afirmaram que sim. Mesmo considerando que a criança necessitava de tratamento, 34,3% nunca havia consultado o cirurgião-dentista. O local de maior procura para tratamento foi o serviço público (49,3%). Das crianças participantes, 95,9% não usavam aparelhos ortodônticos, entretanto 22,5% dos responsáveis afirmam que estas necessitavam do uso de aparelho para possíveis correções, porém outros 49% alegaram não saber se há a necessidade ou não de submetê-las a algum tipo de tratamento ortodôntico. Aproximadamente 10% (n=139) das crianças tinham apinhamento dental e apenas 3,6% apresentaram algum dente com giroversão. Em relação ao trespasse horizontal, houve uma frequência de 22,1% de trespasse aumentado, 7,9% de oclusão em topo a topo, e 2,3% de mordida cruzada anterior. Quanto ao trespasse vertical, 13,2% apresentou trespasse reduzido, 14,3% mordida aberta e 16,8% mordida profunda. A presença de mordida cruzada posterior foi em 14,6% das crianças, sendo que destas 83,2% apresentaram mordida cruzada posterior unilateral e 16,7% mordida cruzada posterior bilateral. Quanto aos hábitos de sucção, 43,4% fizeram ou fazem o uso de chupeta 84,8% mamadeira e sucção digital em apenas 17,2% apresentaram. Houve uma prevalência significativa de oclusopatias dentre a população estudada e associação positiva entre mordida cruzada posterior e hábitos de sucção.

## ET03EV23-PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA SAÚDE BUCAL.

SANO, SC (ASFMM-Motuca-SP)

O objetivo deste trabalho é mostrar a importância do Planejamento no Programa de Saúde da Família, no que se refere à saúde bucal. Tentamos entender os problemas de saúde da população por meio da territorialidade e a intersectorialidade, tendo como estratégia as visitas domiciliares como ponto de partida no trabalho odontológico. O trabalho exposto a seguir foi realizado em quatro Assentamentos no Município de Motuca. Durante as visitas domiciliares (100% das famílias) aplicamos um questionário que facilitou a classificação dos usuários por prioridade de atendimento. Tudo foi realizado de acordo com a integração da equipe de saúde com a dentista, alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara (UNESP) e a população que entendeu a necessidade da participação nas atividades educativas, nas reuniões mensais e na abertura de suas casas para as nossas visitas e muito mais na compreensão de que tudo isso era necessário para conseguirmos realizar um trabalho com qualidade e maior segurança para nós e para toda a comunidade atendida. Todo este trabalho nos fez acreditar que a nossa missão vai muito além de “tapar buracos”, mas sim ver o paciente como um ser total e fazer com que a nossa intervenção aumente a sua auto-estima e lhe proporcione uma melhor qualidade de vida. O modelo de formação universitária em saúde, vigente no país, tem definido um perfil de profissional voltado para a prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos distantes da realidade do paciente e não adequada aos princípios da Estratégia de Saúde da Família. Existe uma necessidade urgente em capacitar as equipes de saúde, com Educação Permanente e continuada. Os cursos de graduação de Odontologia precisam colocar em sua grade curricular o trabalho multiprofissional para facilitar o entendimento do trabalho desenvolvido na ESF. Os cursos de graduação da forma que estão formados impedem a implantação das equipes multidisciplinares e a dificuldade da implantação das equipes de saúde bucal, que só ocorreu após a criação da ESF, impondo a sua adequação nesta dinâmica de trabalho, bem como a apropriação das informações levantadas nesta pesquisa. Comprovamos, na intenção e extensão de todo este trabalho, a profundidade e os pressupostos de um novo modelo

para a reorganização do serviço em saúde bucal. É determinante para a mudança de concepção de saúde bucal o planejamento, o ouvir, o conhecer, o cuidar e o atender a população com a qualidade exigida. A inclusão do acolhimento parece ser o ponto de partida para o processo do trabalho. A inclusão do acolhimento enquanto ponto de partida para a organização do processo de trabalho encontra como um grande desafio: a incorporação dos profissionais médicos e cirurgiões dentistas neste processo, a ponto de causar impacto na solução dos problemas de saúde da população, porém o que dificulta a quebra da verticalidade de organização do trabalho nas unidades de saúde da família é a abordagem saúde/doença, que não pode ser enfrentada sob uma perspectiva unilateral. Ações isoladas acabam por não conseguir solucionar os problemas da sociedade. Percebemos que para conseguirmos fazer um trabalho adequado, segundo os princípios da E.S.F, cada profissional, seja ele agente de saúde, enfermeira, médico ou dentista, deve estar envolvido e que não desista de mostrar aos gestores e à população a importância do planejamento de suas ações e que o modelo de assistência pública de saúde bucal só terá a possibilidade de ser alcançado se houver clara vontade política de mudança e de reformulação, com ações odontológicas articuladas à saúde geral e por meio de ações intensas. Concluimos que é difícil mudar, o que está pré-estabelecido nas ações de saúde bucal no que se refere, ao planejamento, ao trabalho em equipe, a universalidade, a equidade e a integralidade, mas com muito trabalho e perseverança podemos conseguir mudar a nossa lógica de trabalho, melhorando a assistência ao usuário.

### **ET03EV24-Acesso de crianças e adolescentes a serviços odontológicos: um estudo dos fatores associados.**

*ROCHA, VFB (OSS Santa Marcelina-São Paulo-SP); FRIAS, AC (FOUSP-São Paulo-SP); MARTINS, JS (OSS Santa Marcelina-São Paulo-SP)*

Garantir a equidade no acesso a serviços de saúde constitui-se ainda, um grande desafio para o Sistema Único de Saúde brasileiro. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores socioeconômicos e geográficos associados ao acesso a serviços odontológicos de crianças e adolescentes no município de São Paulo, Brasil. Esta pesquisa transversal, utilizando dados secundários, foi

um recorte do estudo epidemiológico das condições de saúde bucal da população do município de São Paulo, realizado em 2008, com aprovação do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Para a digitação dos dados foi utilizado o programa EPI-6 e para análise bivariada das informações, com o cálculo da razão de prevalência e significância estatística, o EPI-INFO 2000. As idades/ faixas etárias índices estudadas foram 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos e 15 a 19 anos. A variável dependente (nunca ter ido ao dentista) demonstrou-se diretamente associada a fatores socioeconômicos, houveram correlações significativas com os desfechos etnia, escolaridade dos pais, relação pessoas/cômodos, renda familiar e posse de automóvel. Por outro lado, regiões do município com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como Parelheiros, Guaianases, Itaim Paulista, Cidade Tiradentes e M`Boi Mirim apresentaram maior percentual de crianças e adolescentes que nunca foram ao dentista. Já nas supervisões técnicas de saúde da Lapa, Pinheiros, Vila Mariana que apresentam maior IDH, encontraram-se os menores percentuais de não acesso. Conclui-se, assim, que o risco de nunca ter ido ao dentista foi menor à medida que a idade aumenta e que fatores socioeconômicos interferem preponderantemente, uma vez que pardos e negros, filhos de pais com baixa escolaridade, menor renda, maior adensamento habitacional e sem posse de automóvel, possuem maior risco de nunca terem freqüentado um serviço odontológico. Com relação aos fatores geográficos, segundo a divisão em supervisões técnicas de saúde, evidenciou-se deficiência de acesso nas regiões com piores situações socioeconômicas e IDH, configurando um claro quadro de iniquidade em saúde.

### **ET03EV25-Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados.**

*ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); SILVA, MM (FOA-UNESP); GOYA, KK (FOA-UNESP); GOMES DR (FOA-UNESP), GARBIN, CAS (FOA-UNESP)*

A qualidade de vida está diretamente relacionada com saúde, bem-estar, lazer, ambiente saudável e aspectos psicológicos. Com o aumento da longevidade, busca-se proporcionar aos idosos diferentes formas para que desfrutem mais e melhor da vida. A saúde bucal negligenciada influencia negativamente na

qualidade de vida ao comprometer a estética, fonética e a função mastigatória. Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi verificar as condições de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida de idosos institucionalizados (G1) e não institucionalizados (G2). Trata-se de um estudo transversal e exploratório no qual foram utilizados os instrumentos GOHAI e WHOQOL-Bref, os quais foram auto-aplicados em 38 idosos que frequentavam grupos de terceira idade e em 31 idosos que residiam em instituições de longa permanência no município de Araçatuba-SP. Os dados foram analisados pelos testes estatísticos de Mann Whitney, Exato de Fisher e de Regressão Simples. *Resultados:* A saúde bucal em ambos os grupos causou “baixo” impacto na qualidade de vida da maioria dos idosos (98,5%), sendo que a pontuação média GOHAI do G1 foi 28.1 e do G2 foi 26. Quanto à pontuação total do WHOQOL-Bref, o G1 e o G2 apresentaram os respectivos valores médios 15.0 e 15.7, no entanto, apresentaram diferença estatisticamente significativa apenas no domínio físico ( $p=0.0083$ ). Os sentimentos de aborrecimentos e preocupações devido às condições bucais foram mais frequentes no G1(54.8%) do que no G2 (26.3%) e a insatisfação com o acesso aos serviços de saúde contribuiu para estes sentimentos ( $p<0.05$ ). Foi significativa a diferença quanto à autopercepção de qualidade de vida ( $p=0.0209$ ), dependência de tratamento médico para viver ( $p=0.0080$ ), o desfrutar da vida ( $p=0.0008$ ), importância e sentido da própria vida ( $p=0.0256$ ), disponibilidade das informações necessárias para o dia-a-dia ( $p=0.0237$ ), oportunidades de lazer ( $p=0.0012$ ), capacidade de locomoção ( $p=0.0057$ ), satisfação com as relações pessoais ( $p=0.0241$ ) e acesso aos serviços de saúde ( $p=0.0252$ ), sendo melhor no G2. A condição de saúde bucal para ambos os grupos teve baixo impacto na qualidade de vida, no entanto, diferenças na autoavaliação da qualidade de vida foram significantes principalmente no domínio físico. APOIO: CAPES e PROEX.

### **ET03EV26-Condições de Saúde Bucal na Cidade de São Paulo, segundo Região de Saúde.**

SOARES, MC; MARQUES, RAA; FRIAS, AC; TEIXEIRA, DSC; FILIPPOS, CM (SMS São Paulo SP)

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo adotou

divisão em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS subdividindo-se em Supervisões Técnicas de Saúde-STS, marcadas por diferenças sociais, demográficas e epidemiológicas. Com o objetivo de identificar as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes conforme CRS e STS da SMS SP, realizou um estudo epidemiológico transversal das doenças bucais mais prevalentes, orientado pelas recomendações da OMS (WHO-Oral Health Surveys 4th ed, 1997), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP (Parecer 48/08), estratificado por STS e CRS, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Contou com 75 equipes de examinadores da rede municipal (cirurgião-dentista examinador e auxiliar de saúde bucal anotador). A Calibração foi teórico-prática, com multiplicadores regionais, com cálculo das discordâncias intra e inter examinadores pelo método Kappa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis. Participaram 1371 escolas públicas e 374 privadas, de setembro a dezembro de 2008. Examinaram-se 5858 crianças de 18 a 36 meses; 5557 de 5 anos, 4249 de 12 anos e 2858 adolescentes de 15 a 19 anos, num total de 18.522 pessoas. Dentre os principais resultados, apontam-se que 92,3% das crianças de 18 a 36 meses livres de cárie; aos 5 anos e aos 12 anos 59,1% e 54,3% respectivamente e 39,4% aos 15 a 19 anos. Fluorose: 57,4% aos 12 anos sem fluorose e 36,6% com fluorose muito leve e leve. Periodontopatias: aos 12 anos 40,0% com periodonto normal, 36,9% sangramento e 22,8% cálculo; para os adolescentes verificou-se 36,5% com periodonto normal, 31,2 com sangramento e 31,4 com cálculo. Oclusopatias: observou-se aos 5 anos 55,6% com oclusão normal, 18,7% com oclusopatia leve e 24,9% com oclusopatia severa. Aos 12 anos 51,5% têm oclusão normal, 23,9% alteração oclusal definida e 12,6%, severa e 12,0 alteração oclusal incapacitante. Nos adolescentes 58,8% com oclusão normal, 22,6% com alterações definidas, 10,3% com alterações severas e 8,3% com alterações incapacitantes. Os resultados não foram homogêneos na cidade. A SMS dispõe atualmente de dados que permitem conhecer os agravos e doenças bucais mais frequentes e suas distribuições no território, possibilitando identificar os grupos mais vulneráveis aos fatores de risco sob o aspecto social, étnico e biológico, auxiliando o planejamento das ações individuais e coletivas, na busca da equidade de sua oferta.

## ET03EV27-O Rastreamento de Câncer Bucal no Município de Suzano em 2011.

ALVES, JC (SMS-Suzano-SP); ALVES, ME (SMS-Suzano-SP); CALVACANTI, D (SMS-Suzano-SP)

O câncer é mundialmente reconhecido como problema de saúde coletiva. Segundo o INCA, 14.120 novos casos de câncer bucal foram esperados para o Brasil, sendo 7.590 para a região sudeste e 4.120 para o estado de São Paulo. Suzano, município da região metropolitana de São Paulo, com uma população de 304.414 habitantes, realiza prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal de forma sistemática desde 2005. O principal objetivo destas campanhas, além da promoção de saúde, é identificar, através do rastreamento, portadores de lesões nos tecidos moles da boca, otimizando assim recursos financeiros e tempo. Neste estudo são apresentados os dados referentes ao rastreamento realizado em 2011, segundo critérios estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e incorporados pelas Diretrizes de Saúde Bucal do município de Suzano. O valor de taxa de lesões em tecidos moles e taxa de lesões suspeita de malignidade em tecido moles do rastreamento foram calculados. No período estudado foram rastreados 7.592 indivíduos. Destes 303 foram classificados como portadores de lesão em tecidos moles pelo cirurgião dentista e foram encaminhados para elucidação de diagnóstico com o profissional especialista em semiologista no Centro de Especialidades Odontológica (CEO). Compareceram ao CEO 195 indivíduos. Destes, 15 foram considerados livres de lesões tecidos moles da boca. Foram identificadas lesões em tecido moles da boca em 180 indivíduos. Sendo que 81 lesões foram classificadas como lesões com potencial de malignização. As outras 99 lesões foram consideradas sem potencial de malignização. Das 81 lesões diagnosticadas com potencial de malignização 11 lesões foram diagnosticada como Carcinoma-espino-celular, 60 lesões com diagnóstico de quelite-actínica, 8 lesões com diagnóstico de leucoplasia e 2 lesões com diagnóstico de liquem plano. Esses dados permitiram calcular uma taxa de 92% de lesões entre os indivíduos encaminhados pelos CD clínico e que acessaram o CEO e uma taxa de 41,53 de lesões suspeitas de malignidade. Conclui-se que o profissional CD clínico identifica lesões nos tecidos moles da boca com 92% de acertos e que 41,53% dessas lesões são suspeitas de malignidade. Implementação do serviço no sentido de realizar busca

ativa daqueles (108 indivíduos) que não acessaram o serviço de especialidade foi identificado e será implementado no rastreamentos de câncer bucal em 2012. No ano de 2011 não foi diagnosticado câncer bucal no município estudado.

## ET03EV28-Diferenças na prevalência da cárie dentária segundo cor da pele em crianças residentes na cidade de São Paulo em 2008.

MARQUES, RAA (SMS-São Paulo-SP); FRIAS, AC (SMS-São Paulo-SP); CRUZ, DS (SMS-São Paulo-SP); FILIPPOS, CM (SMS-São Paulo-SP); FRIAS AC (SMS-São Paulo-SP)

A prevalência e a severidade da cárie dentária diminuíram entre crianças e adolescentes brasileiros nas duas últimas décadas, mas persistem grandes dificuldades para ampliar o acesso aos serviços odontológicos e assegurar tratamento dentário. O levantamento epidemiológico SB-Brasil 2003 mostrou uma distribuição heterogênea da doença, registrando diferenças entre regiões e grupos sociais brasileiros, constatando que a experiência da doença foi mais severa nos grupos populacionais mais submetidos à privação social. O objetivo deste trabalho é descrever e analisar a prevalência da cárie dentária em relação à etnia em crianças e adolescentes na Cidade de São Paulo. O Estudo baseou-se nos dados do Levantamento Epidemiológico em saúde bucal - Cidade de São Paulo - 2008-2009 da Secretária Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP)- estudo transversal orientado pelas recomendações metodológicas da Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO- Oral Health Surveys 4th ed 1997), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP (Parecer 48/08). Para a análise e associação bivariada da situação de etnia e a prevalência da cárie dentária, empregou-se a Razão de Prevalência e o IC 95% para parâmetros populacionais, ajustado pela amostragem do tipo complexa. A pesquisa realizou-se em 1745 escolas públicas e privadas, de setembro a dezembro de 2008. Examinaram-se 5858 crianças de 18 a 36 meses; 5557 de 5 anos, 4249 de 12 anos e 2858 adolescentes de 15 a 19 anos, totalizando 18.522 examinados. A média ceo-d (dentes cariados, com extração indicada e obturados) aos 5 anos foi = 1,57 (1,46-1,69) para as crianças com a cor de pele preta, para a parda 1,71 (1,58-1,84) e branca 1,35 (1,18-1,42); o CPOD (média de dentes cariados, perdidos e obturados)

aos 12 anos foi = 1,32 (1,21–1,42) para as crianças com a cor da pele preta, para a parda 1,48 (1,34–1,63), e para branca 1,04 (0,91–1,17), demonstrando uma diferença estatisticamente significativa relacionada à cor da pele. Para o diagnóstico de saúde de um local é fundamental conhecer os agravos à saúde ou doenças mais frequentes e suas distribuições, indicando os grupos mais vulneráveis aos fatores de risco e os grupos etários e étnicos mais susceptíveis. A cárie dentária persiste como grave problema de saúde pública; o planejamento dos serviços odontológicos baseados nesses estudos é de fundamental importância para o seu controle e promoção da equidade ao acesso a esses serviços.

### **ET03EV29-Doença periodontal e condições de saúde bucal de uma amostra de pacientes do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.**

*BARILLI, ALA (SMS-RP-SP); PASSOS, ADC (FMRP-USP); FRANCO, LJ (FMRP-USP)*

A doença periodontal (DP) é a maior responsável pela perda de dentes entre adultos. A investigação, apresentada como curiosidade científica, ocorreu em 2002 para obtenção de título de mestrado em Saúde na Comunidade, no Ambulatório de Cardiopatia (AC) do HCRP-USP, e os dados cotejados com os de pacientes do Ambulatório de Hepatites (AH) da mesma instituição. Foram examinados 634 pacientes, sendo 480 cardiopatas e 154 não-cardiopatas. O exame bucal foi realizado por um único dentista. Para a DP utilizou-se o Índice Periodontal Comunitário-IPC e de perda de inserção-PI, e outro para as condições bucais O IPC reflete doença atual e a PI a história pregressa. A distribuição dos cardiopatas mostra predomínio de homens (82,8%) com idade acima de 40 anos (89,6%). Entre os não-cardiopatas de homens (74,2%) abaixo de 45 anos (79%). Os percentuais de edêntulos foram 49,4% no AC e 6,5% no AH; de pacientes com menos de 19 dentes foram 82,7% no AC e 37,7% no AH. Ambos os grupos apresentaram elevados percentuais de carências nas áreas de prótese, periodontia, dentística e exodontia. Os percentuais de pacientes sem necessidades bucais foram 0,2% no AC e 18,8% no AH. Apenas 120 preencheram os critérios de inclusão na pesquisa periodontal (idade entre 30 e 79 anos e mínimo de 20 dentes funcionais), sendo 58 cardiopatas e 62 do AH. Nos cardiopatas a DP apresentou grau mais avançado em 50,3% dos sextantes,

moderado em 26%, leve em 22,5% e saúde periodontal em 1,2%. Em não-cardiopatas a DP apresentou grau avançado em 4,6% dos sextantes, moderado em 15,6%, leve em 47,8% e saúde em 32%. Não exibiam perda de inserção 6% dos sextantes de cardiopatas e 68% de sextantes de não-cardiopatas. Valores de PI iguais ou superiores a 2, indicativos de acentuada gravidade da DP, representaram 61,5% entre cardiopatas e 7,5% entre não-cardiopatas. A variável idade explica as proporções de sextantes com DP avançada entre os cardiopatas. Os dados do trabalho apontam para a necessidade da odontologia coletiva alargar seu campo de atenção preventiva e reabilitadora para grupos etários mais avançados, garantindo às populações adultas acesso aos serviços públicos odontológicos.

### **ET03EV30 Influência de parâmetros socioeconômicos na presença de oclusopatias em pré-escolares.**

*Panico, CM; Murakami, C; Bonecker, M; Mendes, FM; Ortega, AOL*

O diagnóstico precoce de oclusopatias em pré escolares viabiliza a instituição de intervenções efetivas e tempo e custo reduzidos. Assim sendo, o presente estudo objetivou avaliar a prevalência de oclusopatias e sua associação com fatores socioeconômicos entre pré-escolares do Município de Diadema-SP. Os sujeitos foram selecionados de forma randomizada no “Dia Nacional de Multivacinação Infantil”. Cirurgiões dentistas devidamente treinados e calibrados para o exame de oclusopatias utilizando os critérios da OMS (WHO, 1997) coletaram dados de identificação, indicadores sócio-econômicos e oclusopatias. Foram avaliadas 1214 crianças e investigada a presença de: mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, sobressaliência e selamento labial. Os dados obtidos dos grupos com e sem oclusopatias foram comparados entre si bem como com os indicadores sócio-econômicos: renda familiar, grau de escolaridade dos pais, número de irmãos, propriedade da casa e o grau de aglomeração domiciliar. Para avaliação dos resultados foi aplicada análise de regressão logística univariada (Teste de Poisson). Na amostra estudada a prevalência de oclusopatias foi de 46,8% e não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de oclusopatias e indicadores socioeconômicos. Frente ao exposto, pode-se concluir que há uma alta prevalência

de oclusopatias e que esta não estabelece correlação com indicadores sócio econômicos, na população de pré-escolares do município de Diadema.

### **ET03EV31-Número de casos de lesões bucais com sugestão de malignidade encontrados em um CEO de 2007 a 2011.**

*MINORIN, TS (RMSFC-UFSCar); PIANCA, AL (SMS-São Carlos-SP); SALOMÃO, FD (RMSFC-UFSCar, SMS-São Carlos-SP)*

Embora seja reconhecidamente grande a importância do profissional Cirurgião-dentista no diagnóstico de casos de câncer de boca, é essencial que estes profissionais recebam informações a respeito de suas ações para que continuem investigando novas lesões e casos suspeitos da doença no âmbito da atenção primária em saúde e encaminhando os usuários para os demais níveis de atenção e serviços disponíveis. A sistematização das informações coletadas em campanhas e no dia a dia dos serviços são de grande valia para possibilitar um panorama de como os serviços estão se relacionando e respondendo à demanda da rede. Essa sistematização pode proporcionar ao profissional da atenção primária que não fique distante da realidade encontrada em seu território e/ou município e também facilitar a interpretação dos dados pelos gestores, auxiliando no planejamento de ações e tomadas de decisão. Pensando em realizar um processo que tornasse tudo isso possível, a proposta neste trabalho foi realizar um levantamento dos resultados encontrados no banco de dados do CEO, onde foram digitados os laudos de exames anatomopatológicos sem a identificação dos nomes dos pacientes recebidos pela especialidade de diagnóstico deste serviço em um município do interior do Estado de São Paulo no período de 2007 a 2011 a fim de informar e integrar ações curativas com medidas de prevenção e promoção em saúde bucal, diagnóstico, monitoramento e tratamento. Após a análise dos dados de maneira podemos perceber uma relativa Constância no numero de encaminhamentos ao serviço de diagnóstico ao longo dos anos ( 200 paciente em 2007, 111 paciente em 2008, 105 pacientes em 2009, 96 pacientes em 2010 e 135 pacientes em 2011) e o aumento do número de diagnóstico de lesões malignidade (5% em 2007, 3% em 2008, 13% em 2009, 9% em 2010 e 15% em 2011). Estes dados devem ser avaliados e interpretados por todos os profissionais

do serviço de odontologia da cidade, que através do sistema de referencia e contra referência participam do diagnostico, tratamento e monitoramento das lesões encontradas. Infelizmente ainda há um alto índice de diagnostico tardio de lesões malignas o que nos leva a refletir em programas mais eficazes de prevenção e diagnostico precoce de câncer de boca.

### **ET03EV32-Avaliação do conhecimento de gestantes sobre Saúde Bucal atendidas em Unidade Básica de Saúde da Comunidade de Paraisópolis.**

*BARBIERI, W (Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); ROCHA, AL (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); PULITI, E (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); BARROS, ALFP (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); GIACOMELLI, PF (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); ROJAS, MM (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); FALBO, FM (Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP) BALDUSCO, TT (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); CHRISTIANO, CC (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); GONÇALVES, A (Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); PALACIO, DC (Albert Einstein); LOPES, DM (Albert Einstein); ZANÃO, PL (Albert Einstein); PERES, SV (Albert Einstein)*

Os fatores associados à cárie dentária em crianças até três anos de idade estão quase sempre associados ao hábito de amamentação noturna, alto consumo de carboidratos fermentáveis e negligência na higiene bucal, podendo ser reflexo da falta de conhecimento de mães e gestantes sobre práticas corretas de higiene bucal. O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento sobre saúde bucal das gestantes no momento que ingressam na Unidade Básica de Saúde. Este foi um estudo transversal. A população de estudo foi composta por 127 gestantes, que iniciaram o pré-natal em qualquer momento da gestação, acompanhadas na Unidade Básica de Saúde Paraisópolis I. A coleta de dados compreendeu de janeiro a abril de 2012. Os instrumentos utilizados na coleta foram: SIS Pré-Natal, Mapa de Grupo e questionário específico sobre conhecimento materno. Desenvolveu-se um escore para avaliação do conhecimento materno classificado em baixo, médio e alto conhecimento. Foi realizada a análise descritiva dos dados, por meio de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central. Para verificar a associação das variáveis independen-

tes ao escore final, utilizou-se o teste do Qui-quadrado. Para significância estatística, assumiu-se um nível descritivo de 5%. As gestantes avaliadas apresentaram uma média de idade de 26,4 anos (dp=6,1), variando entre 15 e 48 anos de idade. Quanto ao número de gestações anteriores, houve uma variação de nenhuma até seis. Verificou-se que, 48% apresentaram entre 8 e 11 anos de estudo, 57,9% se auto-classificaram como pardas e 51,2% trabalham fora. Em relação ao escore de conhecimento, 69,3% apresentaram um nível médio de conhecimento, seguido de alto conhecimento (20,5%)

e baixo conhecimento (10,2%). Dos fatores associados ao conhecimento materno, observou-se que, o maior tempo de estudo está relacionado ao alto conhecimento sobre saúde bucal ( $p=0,021$ ) e não trabalhar fora está associado ao baixo conhecimento ( $p=0,038$ ). Conclui-se que maioria das gestantes da comunidade de Paraisópolis possui um nível médio de conhecimento e que os principais fatores associados ao conhecimento destas foram o maior tempo de estudo relacionado ao melhor nível e o não trabalhar fora associado o pior grau de conhecimento.

# Eixo 4 – Experiências inovadoras em serviços

## **ET04Elo1-Estágio profissional em Unidade de Saúde da Família como prática educativa para a formação em Saúde Coletiva.**

*LOPES, AG (FOP-UNICAMP); SALOMÃO, FGD (FOP-UNICAMP); VAZQUEZ, FL (FOP-UNICAMP); FONSECA, DAV (SMS-Piracicaba-SP); FIRMINO, JLG (SMS-Piracicaba-SP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP)*

A FOP-UNICAMP alinhada à política do Ministério da Saúde para o reordenamento na formação de trabalhadores no SUS instituiu, em 2003, um programa de mestrado profissional voltado a formar e qualificar recursos humanos habilitados tanto a exercer funções de administração em serviço público como para as áreas de docência e pesquisa. Firmou-se convênio com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Piracicaba para que, a partir de 2010, USF sem serviços odontológicos implantados recebessem mestrados em doze horas/semanais de estágio durante quatro semestres letivos, sendo o acompanhamento pedagógico do aluno responsabilidade de uma tutoria vinculada à coordenação do programa de pós-graduação. O objetivo de ampliar os conceitos adquiridos no ambiente acadêmico, através da prestação de serviços a comunidade da área Boa Esperança I, está sendo constituído em diferentes etapas: participação nas reuniões de equipe e grupos da USF inserindo-se em plano de trabalho multiprofissional; levantamento de informações (demográficas, socioeconômicas e de saúde) no Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) e no próprio território, para construção de um mapa inteligente; consulta as fichas A em todos os prontuários familiares da Unidade para classificação de risco familiar visando à equidade na organização da demanda para ações de saúde bucal; planejamento e compatibilização de cronograma com as ACSs permitindo atuação conjunta na realização da avaliação de risco odontológico individual nos domicílios; inclusão de registro das atividades odontológicas no prontuário familiar conforme os padrões utilizados pelos demais membros da equipe de saúde; implantação das ações assistenciais e organização dos fluxos para atendimento (agendamento, urgências) seguindo planejamento decorrente da avaliação por risco individual; capacitação para trabalho com ASB e supervisão da equipe de saúde bucal na USF; ambientação com prá-

ticas de referência, contra-referência e apoio matricial; elaboração de ações programáticas dentro do plano de trabalho da USF para ações de vigilância à saúde (levantamentos epidemiológicos e rastreabilidade de doenças bucais) em grupos institucionalizados (escolares) e vulneráveis (acamados/impossibilitados). Entre os resultados produzidos pelo estágio profissional até o momento estão: 143 visitas domiciliares institucionais (13,6% das famílias cadastradas) para 302 exames de avaliação do risco odontológico individual, 22 visitas para atenção domiciliar a acamados/impossibilitados, 82 exames bucais com finalidade epidemiológica em creche adstrita a USF, 111 primeiras consultas odontológicas programáticas, 483 procedimentos curativos e 30 tratamentos completados. Concluimos que esta proposta de imersão do pós graduando nas rotinas cotidianas da principal estratégia de reorganização do modelo de atenção básica em saúde mostra-se promissora como prática educativa para formação de profissionais identificados com as diretrizes do SUS.

## **ET04Elo2-Diagnóstico e tratamento de sialolitíase na porção terminal do ducto submandibular no âmbito secundário: uma realidade factível.**

*FRANCHIM, GH (FOUSP-SP); BURIM, RA (FOUSP-SP); JUNQUEIRA, AC (FOUSP-SP); DEBONI, MCZ (FOUSP-SP); NACLÉRIO-HOMEM, MG (FOUSP-SP)*

A sialolitíase submandibular é uma doença inflamatória e seu diagnóstico e tratamento são da competência do cirurgião-dentista. As glândulas submandibulares são as mais afetadas devido principalmente ao seu aspecto anatômico, que contribui para a formação e o desenvolvimento dos sialólitos. O diagnóstico é fundamentado na presença dos sinais clínicos: aumento de volume súbito e recorrente na região submandibular (geralmente nos períodos de alimentação), hiperemia na região do trajeto do ducto e possível presença de secreção purulenta pelo óstio da glândula (na carúncula sublingual), associados a dor local. A radiografia oclusal, com tempo reduzido de exposição, é utilizada para confirmar a presença do sialólito na porção terminal do ducto. O tratamento das sialolitíases depende do tamanho e da localização do sialólito. Quando

presentes na porção terminal do ducto, estes cálculos podem e devem ser removidos em âmbito ambulatorial. Exemplificamos descrevendo o caso de uma paciente que apresentava os sinais e sintomas clássicos de sialolitíase submandibular, que foi diagnosticada e tratada pelo cirurgião-dentista bucomaxilofacial em âmbito ambulatorial, sendo o caso conduzido por completo utilizando-se de recursos disponíveis no nível secundário de atenção (CEOs), sem a necessidade de encaminhamento ao cirurgião-dentista bucomaxilofacial de nível hospitalar (terciário). O diagnóstico foi clínico, constatando-se os sinais e sintomas clássicos, confirmado por radiografia oclusal de mandíbula, a qual evidenciou a presença do sialólito no ducto da glândula submandibular esquerda. A técnica cirúrgica consistiu de uma incisão do ducto a partir do óstio até a exposição do cálculo e sua remoção, seguida pela instalação de uma sonda para guiar a cicatrização ductal. A sonda foi mantida em posição por duas semanas e a função glandular retornou ao normal, sem sequelas. As sialolitíases submandibulares, quando os sialólitos se apresentem na porção terminal do ducto, devem ser conduzidas em nível ambulatorial pelo cirurgião bucomaxilofacial, sem a necessidade de suporte em nível terciário, facilitando a resolução destes casos, com menor ônus ao serviço público e com benefício mais rápido ao paciente.

### **ET04Elo3-Implantação de programa de atendimento a pacientes portadores de disfunção temporomandibular na atenção básica da prefeitura de Santa Rosa de Viterbo.**

*UEKAMA, IC (SMS-Santa Rosa de Viterbo-SP); FERREIRA, AC (SMS-Santa Rosa de Viterbo-SP); CHAVES, CMSL (Prestadora de Serviço-Santa Casa de Misericórdia São Francisco de Paula-SP); MESSIAS, RW (Prestadora de Serviço-Santa Casa de Misericórdia São Francisco de Paula-SP); FEITOSA, EA (SMS-Santa Rosa de Viterbo-SP)*

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que engloba um largo espectro de alterações articulares e musculares no sistema estomatognático. Estas disfunções são caracterizadas por dor, ruídos articulares e funções irregulares da mandíbula, e representam a principal causa de dor não dentária da região orofacial. Pode-se entender que as DTM pos-

suem um caráter multifatorial e, por consequência, há necessidade de tratamento multidisciplinar. A prevalência desta condição é de aproximadamente 5 a 12% da população, porém atualmente ocorre um aumento exponencial na procura por tratamento. Diante dessa realidade e da dificuldade dos municípios em atender e encaminhar estes indivíduos, a Coordenadoria de Saúde Bucal da Prefeitura de Santa Rosa de Viterbo, com o apoio da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP (FORP-USP) elaborou e implantou um programa de atendimento dessa demanda no município. O objetivo deste trabalho é apresentar a proposta deste Programa de Atendimento a pacientes com Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, bem como os primeiros resultados observados. Os recursos humanos e físicos utilizados foram próprios do município, sendo que os profissionais da municipalidade foram capacitados em curso de extensão na FORP-USP. Além disso, formou-se uma equipe interdisciplinar para melhorar o acolhimento e escuta, proporcionando, desta forma, um atendimento mais humanizado, focado no indivíduo em seu contexto de vida e não apenas na doença. Os locais de atendimento foram readequados, não sendo necessários grandes investimentos. O programa está em funcionamento desde 2011, sendo que, dos 72 atendimentos realizados, 40 indivíduos já foram tratados e apenas 10% foram referenciados para a Central Reguladora de Ribeirão Preto. Conclui-se que a implantação deste serviço de atendimento a pacientes portadores de DTM foi exitoso, pois a assistência odontológica na atenção básica foi incrementada e a população local foi beneficiada, sendo melhor assistida, sem necessitar deslocamento, aguardando menos tempo para atendimento.

### **ET04Elo4-O conteúdo Saúde Bucal na transversalidade da Escola Pública Municipal de São Pedro-SP em 2012.**

*ROCHELLE, IMF (SMS-São Pedro-SP); ROCHELLE, ABF (SMS-São Pedro-SP); FERRAZ, GC (SMS -São Pedro-SP); BRISOLLA, MJ (SMS-São Pedro-SP)*

O município de São Pedro-SP apresenta grupos preocupantes de polarização da doença cárie desde a faixa etária de dois anos de idade. Com o objetivo de universalizar atendimento em promoção de saúde bucal, o "CSB-Centro de Saúde Bucal", por meio da Secretaria Municipal de Saúde e em parceria com a Secretaria

Municipal de Educação lança o projeto piloto “ESCOLA SAÚDE BUCAL”. Consta da capacitação do professorado em promoção de Saúde Bucal e elaboração de material didático de apoio para ser trabalhado com os alunos. É o conteúdo Saúde Bucal na transversalidade da Escola Pública Municipal Infantil e Fundamental. A infância é a fase da vida em que o ser humano aceita com maior facilidade as medidas de transformação do aprendizado em hábitos e o conceito de saúde como qualidade de vida. A importância do professor na formação do aluno de Ensino Infantil, Fundamental e Médio justifica a elaboração desse material didático adequado para capacitar professores e formar alunos. O professorado em sua formação acadêmica não é preparado para ensinar saúde bucal e não existe um material didático pedagógico de apoio. O MANUAL DO PROFESSOR dá a fundamentação para viabilizar a transversalidade do conteúdo Saúde Bucal no currículo escolar com a conscientização que por meio da educação as principais doenças bucais podem ser evitadas ou controladas. Mostra a importância do professor em transferir e sedimentar conhecimentos ao escolar para que desenvolva o pensamento crítico na adoção de comportamentos favoráveis a saúde. O manual do professor fornece o conteúdo Saúde Bucal com embasamento científico, e proporciona ao educador sugestões de instrumentos didático-pedagógicos para o desenvolvimento de atividades e vivências. O MANUAL DO ALUNO é parceiro no processo ensino-aprendizagem, dá ao escolar a formação gradativa em Saúde Bucal para chegar até a autonomia em seu auto cuidado. Na elaboração do material didático tomou-se o cuidado para: a inserção de novas subjetividades ao professor como a desnaturalização das doenças bucais e da perda dental; a adequação lingüística e pedagógica que é devida a diversidade de cada ciclo e, sobretudo ao grau de desenvolvimento dos alunos; a oferta dos temas sempre junto com a experiência que está sendo vivenciada pelo aluno com a sua boca; a interdisciplinaridade com o currículo básico do Ensino. Enfim uma proposta que trabalha na horizontal, os esforços são direcionados para formar gradativamente o escolar com um comprometimento diferenciado na promoção de sua saúde bucal: dotado de autonomia e ciente dos seus direitos como cidadão. A passagem de um aluno durante a sua vida por uma escola preparada para ensinar a manutenção de sua Saúde Bucal resulta em uma denteição diferenciada, ou seja economicamente

mais barata e socialmente mais justa. Trabalhar pela saúde e não na doença.

#### **ET04E105-Odontologia izabelense construindo um trabalho multiprofissional com a equipe do Ambulatório de Tabagismo.**

*FICAGNA, JC (PMSIO-PR); WAUCZINSKI, C(PMSIO-PR); FARIAS, EM (PMSIO-PR)*

Que o cigarro faz mal à saúde, todos já sabem, principalmente para o aparelho respiratório e cardiovascular. Mas o que deve ser alertado também, é que o fumo pode promover e acelerar o desenvolvimento das doenças bucais. Com o intuito de orientar e prevenir formou-se a parceria entre enfermagem, fisioterapia e odontologia, trabalhando as três especialidades, utilizando o ambulatório de tabagismo por serem eles pacientes de riscos principalmente doenças periodontal e pulmonar. Esta parceria que teve como propósito dentro do programa a estratégia preventiva e restauradora oferecendo ao paciente atendimento odontológico com tratamento concluído, sanando doenças e restabelecendo a saúde bucal aos pacientes que já receberam alta do ambulatório de tabagismo e estão na manutenção do tratamento. É uma pratica inovadora por integrar vários setores da saúde pública com ações educativas no desenvolvimento do trabalho. Também por ser efetivamente uma forma de aproximar mais a equipe de saúde bucal da população local, como meio de envolver os principais atores na construção coletiva da saúde pública, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes. O objetivo deste trabalho foi despertar o interesse de cuidar dos dentes para que se tenha uma boa saúde bucal, diminuindo a incidência das doenças bucais, especialmente a cárie a doença periodontal. Ajudar também a refletirem sobre um projeto de vida que o leve a fazer escolhas mais saudáveis e a exercer melhor o controle sobre sua saúde. Assim, poderão se tornar agentes do seu desenvolvimento e protagonista em seu contato social, na família e na comunidade. Usando recursos como palestras realizadas pelos profissionais de saúde bucal, da fisioterapia respiratória, acompanhamento médico e da enfermeira, pôde-se acompanhar as dificuldades que os mesmos enfrentam para assim poder realizar um trabalho de qualidade e direcionado. Após os trabalhos preventivos realizados, os mesmos são agendados para atendimento odonto-

lógico, fisioterapia e médico através da carteirinha confeccionada pelo município. O projeto auxiliou a prática dos profissionais na medida em que facilitou o acesso aos pacientes no serviço, permitindo maior vínculo afetivo emocional com os mesmos e que é possível atingir um número maior de pessoas com ações educativas, preventivas e curativas mais simples, percebeu se também que a autoestima dos pacientes melhorou 80% parando de fumar e resolvendo seus problemas bucais. Enfim, concluiu-se que através desta experiência que a humanização dos serviços de saúde e eficiência dos membros de acordo com sua finalidade junto à população está diretamente relacionada ao comprometimento e integração da equipe de atores envolvidos em todo o processo, pois sem a participação e conscientização de todos não é possível realizar saúde com qualidade e eficiência.

#### **ET04Elo6-O agente comunitário de saúde identificando sinais e situações de risco para o câncer bucal.**

*ALVES, JC (SMS-Suzano-SP); ALVES, ME (SMS-Suzano), CAVALCANTI, D (SMS-Suzano-SP)*

Ocorreu em 1997, no Ceará, a primeira experiência de agentes comunitários de saúde (ACS), com o objetivo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. Esta estratégia expandiu-se rapidamente e em 1991 foi encampada pelo Ministério da Saúde (MS). Em 1994, também no Ceará, ocorreram as primeiras experiências do Programa de Saúde da Família (PSF), sendo abraçadas pelo MS em março do mesmo ano, como estratégia de reorganização da atenção básica no país. A discussão do perfil, atribuições e competências dos ACS é polêmica. No documento do MS “*Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes comunitários de saúde*” (1999) é proposto um conjunto de atribuições divididas em três eixos estruturantes: identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas. No município de Suzano o PSF começou a desenvolver suas primeiras atividades no ano de 2005, na gestão passada do atual prefeito. Atualmente a população

conta com 20 equipes de PSF (100 ACS), sendo que 10 delas com Equipes de Saúde Bucal (ESB). Além da tradicional contribuição de ser o elo entre a comunidade e a unidade básica de saúde o ACS, em Suzano, recebe periodicamente, capacitações teóricas e práticas para, gradativamente, qualificar e ampliar sua ação de promotor da saúde das famílias e do território que lhe são atribuídos. O objetivo deste trabalho é descrever como o ACS pode ajudar na identificação de sinais e situações de risco para o Câncer Bucal. Inicialmente aula teórica (4 horas) foi ministrada por um profissional especialista em semiologia, onde foi trabalhado o panorama do câncer bucal no Brasil e no mundo, os fatores de risco, os sinais e sintomas clínicos mais comuns e relatados pelos pacientes e a técnica do auto-exame da boca. Em um segundo momento espelhos de toucador foram distribuído para duplas de ACS e foram encorajados a realizar o auto-exame. Enquanto um realizava o autoexame o outro segurava o espelho e observava. Previamente, uma ficha de saúde bucal foi elaborada para colher dados pessoais, e relatos dos achados do autoexame da boca. Os agentes preencheram as fichas. Ao final da atividade os agentes chegaram à conclusão que podiam incentivar os usuários a realizar o autoexame da boca, colher os dados pessoais e os achados clínicos, identificar, assim, os casos de risco e comunicar ou acionar a ESB. Concluíram também que o trabalho em equipe é a melhor opção para melhorar o acesso e qualificar a atenção em saúde. Reunião/capacitação com os cirurgiões dentistas (4 horas) para socialização da proposta foi realizada previamente à capacitação dos ACS. Com o apoio dos agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas e especialista em semiologia a coordenação de saúde bucal pode implantar nas visitas domiciliares do ACS a prática de incentivo ao autoexame da boca com o objetivo de identificar e priorizar para o atendimento com o cirurgião dentista clínico e especialista os pacientes de alto risco para o câncer bucal.

#### **ET04Elo7-Projeto remoção dos hábitos bucais realizado com alunos do ensino infantil da rede municipal de Monte Alto-SP, em 2011.**

*FANTINI, LD (PM-Monte Alto-SP); QUINELATO, CPD (PM-Monte Alto-SP), SIMÕES; RC (PM-Monte Alto-*

SP); SARTOR, CM (PM-Monte Alto-SP); FERNANDES, CB (PM-Monte Alto-SP); MAMOR, MN (PM-Monte Alto-SP)

A persistência dos hábitos bucais como chupeta e sucção de dedo em crianças do ensino infantil podem causar desarmonias na oclusão, alterações na musculatura orofacial, na deglutição, na fala e na respiração. O uso prolongado da mamadeira sem a devida realização da higiene bucal também pode determinar danos como lesões de cáries aos dentes decíduos e permanentes quando estes iniciaram sua erupção. Foi observado pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares e pelos cirurgiões dentistas nas escolas que o número de crianças com persistência do hábito bucal era muito elevado. Esses dados foram discutidos nas reuniões da equipe de saúde bucal e elaborou-se o projeto de remoção dos hábitos bucais nas escolas de ensino infantil. A primeira etapa do projeto incluiu realização de palestras para os pais alertando para as alterações causadas pela manutenção dos hábitos bucais e orientação de conduta visando à retirada dos hábitos, após as palestras foram distribuídos folhetos ilustrativos sobre o tema aos pais. A segunda etapa envolveu atividade nas escolas com os alunos onde foram contadas três estórias pelos dentistas, especialmente elaboradas com figuras e personagens infantis, demonstrando ludicamente os danos causados pelo uso da chupeta mamadeira e sucção de dedos. A terceira e última etapa, realizada logo após as estórias, envolveu um convite às crianças para trazerem no dia seguinte suas chupetas e mamadeiras que seriam depositadas em um palhaço confeccionado com material de reciclagem e montado no pátio de escola com painel e bexigas. As chupetas e mamadeiras trazidas pelas crianças ficaram expostas no pátio durante a semana em que foi realizada a atividade na escola. Participaram do projeto 1159 alunos de 8 escolas municipais com faixa etária de 3 a 5 anos, foram recolhidas 181 chupetas e 196 mamadeiras, 7 crianças segundo relato dos pais e professores abandonaram a sucção do dedo. Concluímos com os resultados deste projeto que quando a abordagem da criança e dos pais é realizada de maneira educativa, ilustrativa, com linguagem compatível com o público alvo, obtém-se um resultado satisfatório na remoção dos hábitos bucais evitando os malefícios causados a saúde bucal e geral da criança.

## **ET04Elo8-Contratualização: modelo inovador de convênio odontológico entre a FORP e a SMS-RP.**

MARQUES, AMJ (SMS-Ribeirão Preto-SP); PIREZ, LRC (SMS- Ribeirão Preto-SP); GONÇALVES, M (FORP-USP); GIROLINETO, PH (FORP-USP)

Há mais de 20 anos a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto está inserida no contexto de assistência à população de Ribeirão Preto e região de forma vinculada ao Sistema Único de Saúde por meio de convênio firmado entre a Universidade de São Paulo e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, com intervenção da Unidade e da Secretaria Municipal de Saúde. Recentemente, em 2010 ocorreu a renovação do convênio e, após entendimento entre as partes desenvolvido a partir de discussões sequenciais, optou-se pela adoção do modelo “*contratualização*”, o qual apresenta características específicas e inovadoras de modelo de minuta de contrato. O modelo “*contratualização*” adotado baseou-se em Portarias Ministeriais do Ministério da Saúde, a saber: Portaria No. 1.703/GM de 17/08/2004, que trata de recursos de incentivo à *contratualização* de Hospitais de Ensino Públicos e Privados (Avaliação de Desempenho Institucional-indicadores), Portaria No. 1.721/GM de 21/09/2005, que trata de programa de reestruturação e *contratualização* dos Hospitais Filantrópicos no SUS, e, Portaria No. 284/GM de 18/04/2006, que trata de modelos de convênio/contrato e plano operativo. Especificamente, as características que identificam o convênio firmado são: minuta de contrato e plano operativo anual. Este, o plano operativo estabelece metas de qualidade, de produção e avaliação de desempenho da instituição/unidade de ensino em relação às metas estipuladas. As metas de qualidade incluem indicadores, critérios de avaliação, e parâmetros definidos para cada um deles, como por exemplo: tempo de permanência em tratamento, índice de satisfação dos usuários, índice de alveolite, taxa de ocupação da graduação por pacientes SUS, programas de residência, programas de pós-graduação *latu e strictu sensu* em nível mestrado e doutorado e programas de extensão/atualização em diversas áreas de especialidade odontológica; as metas de qualidade representam 20% do valor financeiro estabelecido na minuta contratual. As metas de produção, correspondentes a 80% do valor financeiro, referem-se a procedimentos de atenção

básica (20%/80%) e procedimentos de atenção especializada (80%/80%) definidos por meio da análise das necessidades da população de Ribeirão Preto e região DRS XIII e do histórico de produção da FORP-USP. A inovação deste modelo de contrato refere-se à *avaliação de desempenho* estabelecida no plano operativo anual, a qual estabelece tabelas progressivas de desempenho em ambas metas de qualidade e de produção, com exigência mínima de obtenção de resultados em 50% e níveis de progressão até 100% para a obtenção do valor máximo financeiro estipulado na minuta de contrato, a qual também determina a instauração de uma Comissão de Acompanhamento tripartite. Atualmente já está em vigor o segundo plano operativo deste modelo de contrato, sendo que a primeira avaliação de desempenho ocorrida revelou a obtenção de 74,4% das metas, o que indicou principalmente a necessidade de adequações das metas de produção e das ferramentas de captação de pacientes por meio de fluxo invertido em áreas odontológicas específicas ou de referenciamento pela Central de Regulação Odontológica da Secretaria Municipal de Saúde-RP, além da modificação de alguns parâmetros e critérios das metas de qualidade, em comum acordo entre as partes. A conclusão revela que este modelo “contratualização” estabelece uma relação estreita entre a FORP e a Central de Regulação Odontológica da SMS-RP, fundamentada no respeito à condição de unidade de ensino superior e suas características específicas e às necessidades de assistência odontológica da população de Ribeirão Preto e DRS XIII, buscando a organização do acesso ao serviço e principalmente a equidade entre os usuários.

#### **ET04E109-Uma proposta de intervenção para a manutenção da Saúde Bucal da criança na Estratégia de Saúde da Família.**

*PATRÍCIO, MJ (SMS-São Sebastião do Paraíso-MG)*

O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção para melhorar o indicador de saúde bucal infantil, índice *ceo*(dentes cariados, extraídos e obturados na dentição decídua) aos cinco anos de idade, para ser utilizado na Estratégia de Saúde da Família. Através do estudo de literatura científica foram levantadas as possíveis causas do problema cárie infantil, assim como algumas possibilidades de intervenção. O resultado do estudo foi uma proposta de dois projetos visando o trabalho da saúde bucal com foco na integralidade

da saúde da criança, o primeiro com enfoque no nível de informação, hábitos e estilos de vida da família, o segundo com enfoque na estrutura e processos de trabalho dos serviços de saúde. Concluimos que, a interdisciplinaridade e co-responsabilização dos membros da Equipe de Saúde da Família com o problema cárie infantil visando promoção de saúde e prevenção através da abordagem da gestante durante o pré-natal e seguindo com a odontologia do bebê após o parto, possivelmente são parte do caminho na resolução do problema. Por outro lado, a educação continuada pela Equipe de Saúde da Família através da utilização das ferramentas propostas pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (Linhas Guia de Saúde Bucal e Atenção ao pré-natal, parto e puerpério), assim como a elaboração e implementação de protocolo municipal de cuidados em Saúde Bucal, podem além de padronizar e sistematizar o cuidado, potencializar o processo de trabalho através dos dispositivos vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade.

#### **ET04E110-Abordagem multiprofissional de famílias bolivianas: a estratégia dos quintais.**

*GRIGOLETTO, MPC (ASF-SP); WATINAGA, TMK (ASF-SP); YUJRA, VQ (ASF-SP)*

Em 2009 foi promulgada a Lei da Anistia Migratória, permitindo liberdade de circulação, direito ao trabalho, acesso à saúde, educação pública e justiça no Brasil, que é historicamente constituído como país da imigração (bolivianos, chineses, peruanos, paraguaios, coreanos e europeus). O princípio da igualdade implica no acesso igualitário às ações e serviços, assim como, a equidade visa as necessidades diferenciadas de cada um. Buscando contemplar a universalidade e equidade do sistema único de saúde (SUS) a Unidade Básica de Saúde Vila Espanhola realiza ações para inclusão e atendimento de aproximadamente 150 famílias de origem boliviana distribuídas pelas áreas de abrangência da UBS. O objetivo deste trabalho é mostrar através de um relato de experiência a ação proposta pela equipe multiprofissional para aumentar o vínculo e confiabilidade por parte das famílias, definindo as estratégias de atenção e assistência em saúde. A estratégia construída contemplou visitas domiciliares que ocorreram em datas pré-programadas por uma equipe multiprofissional, composta por agentes comunitários de saúde

(ACS), enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal. Esta atividade, denominada “Quintal” envolveu a realização de orientações médico - odontológicas e alguns procedimentos pertinentes ao local, como pesagem, aferição de pressão arterial, triagem odontológica, realização de restaurações atraumáticas, entre outras. A estratégia mostrou-se eficaz para o grupo populacional abordado, com suas características específicas, sendo um método de fácil aplicação e reprodutibilidade; resultando em benefícios à saúde da comunidade e possibilitou a equipe um melhor entendimento da rotina familiar e das condições de moradia dos mesmos, fatores que influenciam diretamente no processo saúde - doença desta população.

#### **ET04E111-Atendimento odontológico domiciliar, hospitalar e ambulatorial na Prefeitura Municipal de Cubatão.**

*SILVA, RP (PMC-Cubatão-SP); LUZ, POP (PMC-Cubatão-SP); CARVALHO, DG (PMC-Cubatão-SP); NETTO, RM (PMC-Cubatão-SP);*

#### **SAVAVI, MAZ (PMC-Cubatão-SP)**

As mudanças ocorridas no perfil populacional, cujo desenvolvimento apresenta-se, muitas vezes, ligado às doenças crônicas e degenerativas, e/ou, associado às desordens sociais em diversos setores, têm como resultado um contingente maior de pessoas com perdas funcionais temporárias ou permanentes. Atenta, a Divisão de Odontologia da Prefeitura Municipal de Cubatão verificou o aumento da demanda de pacientes que necessitam de atendimento e cuidados especializados. Dessa forma, foi elaborado por essa Divisão, um atendimento ambulatorial, domiciliar e hospitalar a esse contingente de população utilizando os profissionais de seu quadro que possuíam o perfil adequado para esse tipo de cuidados visando os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) constante da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990) que asseguram a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; “a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”; “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”; (art 7º, I, II, III), deven-

do o Estado estabelecer as condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (art 2.º, §1º). Assim, após a referência realizada tanto pela rede de serviços odontológicos ambulatoriais quanto pelo Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) organizado pela Secretaria Municipal da Saúde da PMC, a cobertura dessa lacuna foi fechada. O resultado obtido nos últimos anos com a execução desses serviços teve como consequência a abrangência dos serviços odontológicos da PMC àquela população antes desassistida resultando em uma melhor qualidade de saúde bucal e sistêmica da população.

#### **ET04E112-O programa saúde na escola e sua capacidade de promover mudanças em Caiabu-SP.**

*CARVALHO, JH (SMS-Caiabu-SP); MACEDO, AMV (SMS-Caiabu-SP); PINHEIRO, VS (SMS-Caiabu-SP)*

O Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído em 2007, resultado da parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com o intuito de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, utilizando abordagem multifatorial, com desenvolvimento de competências em saúde dentro das salas de aula, mudanças no ambiente físico e social das escolas e a formação de vínculo e parceria com os serviços de saúde. As diretrizes e objetivos do PSE evidenciam que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde. Um dos principais objetivos do PSE no município de Caiabu foi a saúde bucal pois, no ano de 2010, o índice CPO-D aos 12 anos era de 2,14; do total de alunos examinados (554), concluiu-se que 49,7% apresentavam alto risco para desenvolver a doença cárie e, 75% apresentavam necessidades de tratamento. Apenas 25,2% dos escolares examinados na faixa etária de 12 anos apresentavam-se livres de cárie, enquanto que o ideal seria no mínimo 30%. Várias ações começaram a ser desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal tais como: bochechos fluorados semanais, fornecimento de escovas e pastas dentais aos escolares, escovação supervisionada, orientações sobre higiene oral, busca ativa pelo ACS para a realização dos tratamentos necessários e a criação da semana de saúde bucal nas escolas. Nesta semana de saúde bucal acontecem

atividades educativas, brincadeiras, com distribuição de prêmios aos melhores alunos e professores. O fato que mais marcou o desenvolvimento do projeto foi a integração entre os professores e a equipe de saúde após a criação do Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI), responsável pela implementação do projeto, do qual faziam parte professores, diretores de escola e membros da equipe de saúde bucal. A partir da discussão compartilhada entre saúde e educação, pode-se perceber a mudança de postura do professor, tornando-o mais ativo e parceiro do projeto, produzindo mudanças significativas na condução das ações preventivas em saúde bucal dentro das escolas. No levantamento de 2012, é visível a melhora dos indicadores, onde o índice CPO-D aos 12 anos foi de 1,66 (461 examinados). O número de escolares com necessidades de tratamento caiu para 48,15%; alunos com alto risco para a doença cárie somaram 25,3%, médio risco 43,38% e 31,32% baixo risco. O percentual de livres de cárie aos 12 anos subiu para 33,9%. Concluimos, portanto, que a gestão compartilhada das equipes de saúde e educação, compostas por profissionais engajados e com objetivos e metas estabelecidas e constantemente monitoradas, são imprescindíveis para a mudança de paradigmas e a conquista de bons resultados.

### **ET04E113-O desafio de promover a equidade em saúde bucal através de uma construção coletiva: relato da experiência de organização da demanda no município de Penápolis-SP.**

*CECILIO, LPP (FOA-UNESP-SP, SMS-Penápolis-SP); CECILIO, L (SMS-Penápolis-SP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP); SALIBA, NA (UNESP/Araçatuba); GARBIN, AJI (FOA-UNESP)*

De todos os princípios do SUS a equidade é, possivelmente, a mais difícil de compreender e executar. Neste contexto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência do município de Penápolis-SP na construção de um instrumento e uma forma de trabalho que possibilitaram a organização equânime da demanda de saúde bucal. Um dos aspectos principais deste relato é o processo coletivo de construção do instrumento, que contou com a participação de gestores, trabalhadores e usuários. Foram realizados grupos de trabalho e rodas de discussão com a participação de usuários do sistema e funcionários onde foram levantados os

principais problemas na organização da demanda. Os participantes fizeram sugestões para a melhoria dos aspectos citados, que foram adequadas de acordo com as possibilidades locais e os princípios do SUS. Após a categorização dos itens apontados, construiu-se um protocolo de trabalho em três etapas: cadastramento e classificação das famílias em formulário próprio com informações sobre variáveis econômicas, sociais e de agravos de saúde, agendamento de acordo com o escore alcançado, e posterior classificação de risco em saúde bucal, com estabelecimento de prioridades clínicas para atendimento. Este sistema possibilitou a busca ativa das famílias mais vulneráveis, eliminando as filas em dias de agendamento, a organização da recepção das unidades de saúde, que trabalham com protocolo e regras bem definidas, e o atendimento às necessidades de saúde bucal da população baseadas em risco social e clínico, promovendo a equidade no atendimento. Após pesquisa de avaliação e monitoramento do projeto, foi possível notar um melhor nível de satisfação dos usuários e dos trabalhadores. A participação ativa no processo de organização do trabalho e a escuta qualificada das demandas apontadas fez com que os atores sociais envolvidos se sentissem corresponsáveis pela efetivação da nova forma de trabalho, contribuindo para o seu sucesso.

### **ET04E114-Serviço de Atendimento Terapêutico em Prótese Oral (SATEMPO).**

*HAYAXIBARA, TC (FORP-USP); MATTOS, MGC (FORP-USP); BREGAGNOLO, JC (FORP-USP); WATANABE, MGC (FORP-USP); SILVEIRA, F. (FORP-USP); DA MATTA, JCS (FORP-USP); DELATORRE, T (FAEPA); GONÇALVES, EF (FAEPA); POLACCHINI, RCB (FMRP-USP)*

Um problema de saúde oral predominante na população adulta e idosa é a perda de dentes, parcial ou total, agravada pelo acesso limitado aos serviços de reabilitação oral. Com a implantação de uma nova estrutura curricular em 2004, a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP-USP) visava, entre outras ações, aproximar a formação profissional de odontologia da realidade social e dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi criado, então, o Serviço de Atendimento Terapêutico em Prótese Oral (SATEMPO), que propõe oferecer próteses parciais removíveis provisórias e próteses

totais também provisórias a população que aguarda na fila por um atendimento especializado em reabilitação oral. Tais próteses são confeccionadas por graduandos estagiários na Estratégia de Saúde da Família. Para o paciente, a vantagem das próteses provisórias está no conforto que elas apresentam, uma vez que suprem as necessidades funcionais e estéticas e também por serem de adaptação rápida e precisa. Na literatura não foi encontrado nenhum serviço semelhante a este. *Relato de caso:* Paciente do sexo feminino, 65 anos, procurou atendimento no Núcleo de Saúde da Família-5 (NSF-5) do distrito oeste da cidade de Ribeirão Preto (SP) devido aos desconfortos ocasionados pela falta de estética de um diastema entre os incisivos centrais superiores. Encaminhada ao SATEMPO, na anamnese a paciente relatou sua ânsia em obter as próteses o mais rápido possível, pois este era um fator que consideraria sua volta ao nordeste, onde ela tem suas origens. Sabendo que o acesso ao serviço odontológico de lá é mais precário quando comparado a região sudeste, consideramos uma prótese parcial removível tecnicamente confeccionada como provisória, mas que fosse capaz de promover tanto quanto a prótese definitiva o restabelecimento de função e estética e, além disso, durabilidade. No exame clínico foram observados outros incômodos devido a regiões edêntulas no hemiarco mandibular esquerdo e comprometimento periodontal dos incisivos inferiores. Apesar da área edêntula, a paciente não apresentava extrusão de dentes antagonistas nem qualquer outra alteração de mordida que caracterizasse uma maloclusão. Notou-se que o diastema surgiu devido a migração do elemento 11 para o espaço do rebordo vago com a perda do elemento 12. Foi requerida junto a FORP-USP a cortesia de um exame radiográfico panorâmico para possíveis diagnósticos de variações de normalidade, mas nenhuma variação foi observada. Em consentimento com a paciente, para a arcada superior foi planejada uma prótese parcial removível de um terceiro incisivo central. A paciente também consentiu que no plano de tratamento os incisivos inferiores periodontalmente comprometidos fossem extraídos no dia da entrega da prótese inferior. Ambas as próteses foram confeccionadas tendo como sistema de retenção grampos circunferências e interproximais de fios de aço 0,7mm, e tendo como sistema de suporte a base em resina acrílica (característica de aparelhos ortodônticos). Para o aumento de resistência entre a base acrílica e o elemento dental da prótese

superior foi confeccionada uma canaleta, onde um fio de aço 0,7 mm foi colocado, partindo da região central da base acrílica até chegar à perfuração realizada ao longo eixo do dente artificial. Para a confecção da prótese inferior foi realizada uma cirurgia no modelo de trabalho onde os respectivos dentes com indicação de extração foram removidos e a cela com os dentes artificiais foi colocada. As exodontias foram realizadas sem qualquer complicação e após a instalação das próteses a paciente foi orientada a respeito da higienização, dos cuidados e da adaptação das mesmas. Após esta última sessão a paciente não procurou o serviço odontológico do NSF-5. Dentro das possibilidades e dos recursos que o cirurgião dentista inserido no SUS dispõe, é possível realizar um tratamento de excelência, caminhando em direção a humanização do atendimento e levando em consideração não apenas as necessidades relacionadas a nossa área, mas também as necessidades individuais e sociais do paciente.

#### **ET04EI15-O uso da Escala Coelho no processo de trabalho da equipe de saúde bucal da UBSF Jd. São José, Suzano, 2011.**

*CORÁ, C (Suzano-SP); BRAGA, R (Suzano-SP)*

Pretende-se sugerir uma reflexão acerca do uso da Escala Coelho como ferramenta para o diagnóstico situacional para subsidiar o planejamento das ações da equipe de saúde bucal. A UBSF Jd. São José localiza-se na periferia de Suzano, grande São Paulo; conta com três equipes de saúde da família e a sua população adscrita é de aproximadamente 12 mil pessoas, distribuídas em 18 microáreas. Para a atenção em saúde bucal, a unidade dispõe de duas equipes de saúde bucal modalidade I. Devido à distância do centro da cidade e de outros serviços de saúde, a UBSF é a primeira escolha da população para a assistência à saúde, o que resulta numa elevada demanda espontânea na unidade. A oferta de acesso aos serviços de saúde para uma população deve ser norteadas pelo princípio da Equidade, privilegiando-se os segmentos da população que deles têm maior necessidade. Na Estratégia Saúde da Família, o agente comunitário de saúde é o principal ator na tradução das condições e necessidades da população para a Equipe de Saúde, o que favorece o conhecimento do território em profundidade e torna possível a busca ativa das situações de vulnerabilidade e risco à saúde. Nas discussões com a equipe sobre a determinação de

prioridades para a atenção à saúde bucal havia uma disparidade entre os agentes comunitários de saúde: o corpo de agentes comunitários da Unidade era constituído tanto por agentes experientes e conhecedores da realidade de suas famílias, como por agentes recém-contratados, ainda não familiarizados com o território. A Escala Coelho propicia um mapeamento do território a partir das sentinelas de risco (critérios biológicos e sociais) elencadas da Ficha A do SIAB; as famílias da área de abrangência são classificadas em alto, médio ou baixo risco. Realizamos as seguintes etapas para a aplicação da Escala Coelho na UBS: 1. familiarização dos agentes comunitários com a ferramenta, através de oficinas onde famílias fictícias eram classificadas segundo os critérios da Escala Coelho; 2. aplicação da escala por cada agente em sua microárea, durante a sua rotina de visitas domiciliares após uma semana de trabalho com a escala, a equipe de saúde bucal reuniu-se com os agentes para que as dúvidas emergentes fossem sanadas; 3. construção, análise e discussão do mapa de risco familiar de cada microárea pela equipe de saúde bucal e agentes comunitários. Embora pertençam ao mesmo território e cenário sociocultural, o corpo de agentes comunitários de uma equipe é composto por indivíduos com histórias e experiências singulares. Não obstante essa multiplicidade de olhares enriquecer o processo de trabalho da equipe de saúde é necessário haver objetivos comuns para o trabalho em equipe, além de ser desejável que cada indivíduo da equipe se utilize dos mesmos parâmetros para o diagnóstico do território. A classificação do risco familiar a partir da Escala Coelho estabeleceu uma linguagem comum para os agentes das três equipes de saúde da unidade, o que favorece uma convergência de interesses e coesão da ação. Algumas famílias consideradas pelos agentes como de alto risco foram, a partir dos critérios da Escala Coelho, classificadas como baixo risco, o que inicialmente gerou, nos agentes comunitários, alguma resistência na aceitação da Escala Coelho como ferramenta de diagnóstico de risco. No entanto, um mapa do território não é o território em si: certas peculiaridades que podem afetar a saúde dos indivíduos não estão contempladas na classificação de risco a partir da Escala Coelho - exemplos disso são os aspectos subjetivos relativos às relações intrafamiliares ou, mais concretamente, os hábitos alimentares da família. Ao contrário de desconsiderar esses casos específicos apontados pelo agente, entendemos que a vivência crítica do agente

deve modular o diagnóstico do território. (Exemplos: uma mãe de três crianças que namora um usuário de crack; outra mãe que enfrentava um luto após a morte trágica do seu bebê e irmão). Dessa forma, no mapa de risco da microárea, os agentes sinalizaram as famílias que, em detrimento da classificação como baixo risco pelos critérios da Escala Coelho, havia situações de vulnerabilidade por eles percebidas; a classificação de risco a partir da Escala Coelho constitui-se numa base ou referência que propicia uma discussão mais aprofundada sobre as situações de vulnerabilidade. Além de proporcionar o diagnóstico do risco familiar e sistematizar o trabalho da Equipe de Saúde Bucal junto aos agentes comunitários de saúde, a utilização da Escala Coelho favorece a discussão em profundidade sobre o território.

#### **ET04E116-A aplicação do Programa municipal de ART da Unidade de Básica de Saúde Jardim Monte Cristo na EMEIF CAIC, em Suzano, 2011.**

*ALVES, ME (SMS-Suzano-SP); ALVES, JC (SMS-Suzano-SP); TANAKA, TAP (SMS -Suzano-SP); RODRIGUES, EM (SMS-Suzano-SP)*

O município de Suzano, visando qualificar e melhorar o acesso ao serviço público de saúde bucal instituiu a tecnologia do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) como um Programa de Saúde capaz realizar promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal atendendo aos princípios da equidade, universalidade e integralidade. Para tanto, membros da equipe de saúde bucal (ESB) realizaram capacitação teórica (4 horas) e prática (8 horas). Os apoiadores institucionais elencaram de acordo com as vulnerabilidades sociais e necessidades locais as escolas municipais que sediarão as aulas práticas de ART. Assim, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência da Unidade Básica de Saúde Jardim Monte Cristo junto à EMEF CAIC, que possui 752 alunos matriculados, escolhida para a execução da parte prática da capacitação profissional. Os alunos foram previamente rastreados pelo cirurgião dentista da Unidade Básica de Saúde, segundo a classificação de risco adotada pela SMS de Suzano. Com objetivo de integrar outras ações de saúde ao programa municipal de ART, a apoiadora institucional convidou para esta atividade, além de 10 CD, 8 ASB, a direção escolar e coordenação pedagógica mais 7 ACS, 1 enfermeiro e 1 médico, portanto, a partir

da necessidade de qualificação da ESB a UBS se organizou para ofertar outras ações para a comunidade escolar de forma integrada. Os escolares receberam consulta médica e odontológica, além de ação educativa comandada pelos enfermeiros e ACS. Os escolares classificados como de alto risco para cárie e com indicação de ART foram atendidos no próprio espaço escolar, outros com necessidades de tratamento convencional foram agendados para tratamento na unidade básica de saúde de referencia. Os alunos com necessidade de atendimento especializado foram encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O trabalho em equipe possibilitou a melhoria do acesso e da qualidade na assistência ao escolar, pois este foi atendido na própria escola, em uma única sessão de atendimento, evitaram-se deslocamentos e absenteísmos, resguardando-se a integralidade ao acesso àqueles com outras necessidades. O acesso de outras faixas etárias também foi favorecido, pois a unidade pode oferta um número maior vagas, uma vez que a assistência aos escolares foi otimizada.

#### **ET04E117-Contenção para pacientes portadores de necessidades especiais.**

*OTANI, VB (PM-Ribeirão Preto-SP); VIEIRA, AP (PM-Ribeirão Preto-SP); ROCCO, R (PM-Ribeirão Preto-SP); GOMES-SILVA, JM (PM-Ribeirão Preto-SP)*

Pacientes especiais são aqueles que, segundo Dualibi & Dualibi, apresentam condições como: gravidez, malformações congênitas, alterações comportamentais, alterações da comunicação, alterações físicas adquiridas e geriatria. E isso faz com que necessitem de um atendimento especial por certo período de tempo ou por toda a sua vida, tanto por parte de sua família, quanto por parte de terceiros. Segundo o CENSO de 2000, 14.5% da população total apresentava algum tipo de

deficiência ou incapacidade; Um número considerável de pessoas necessitam de atendimento odontológico diferenciado, pois, muitas vezes, não conseguem e/ou não permitem fazer a correta higienização de seus dentes. O tratamento só é possível quando consegue-se fazer a imobilização ou a estabilização do paciente com auxílio dos métodos de contenção física ou mecânica. Neste estudo, foram avaliados pacientes que apresentavam alguma alteração sistêmica, neurológica, sindrômica ou, até mesmo, acidentados, regulados pela Secretaria Municipal da Saúde (Odontologia) que chegam diariamente ao Serviço Especializado no Atendimento de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Com a ajuda dos pais e/ou responsáveis, utilizava-se uma faixa, feita de tecido de algodão, revestido com manta e velcro, para imobilização dos membros superiores, inferiores e tórax do paciente; a calça da vovó também foi utilizada, mas apenas em pacientes com movimentos involuntários. Logo após a completa imobilização do corpo, o auxiliar de consultório dentário ou um familiar imobiliza a cabeça. Em seguida, introduzia-se um abridor bucal (adaptado) na cavidade oral, a partir desse momento já era possível iniciar o tratamento dentário. Nos casos em que esta primeira tentativa não mostrou-se eficiente, o paciente foi encaminhado para sedação, em ambiente hospitalar. Tudo isso deve ser feito com o maior zelo por parte dos profissionais, pois tratam-se de pessoas, muitas vezes, debilitadas e fragilizadas pela sua própria condição de vida. A partir disso, é possível concluir que essas técnicas mostraram-se eficientes, uma vez que foi possível a imobilização e, conseqüentemente, o tratamento ou higienização da arcada dentária desses pacientes que, num primeiro momento, mostravam-se agressivos e impossibilitados de receber atendimento.

# Eixo 5 – Integração Ensino-Serviço-Comunidade

## ET05IESCo1-Prevenindo doenças ocupacionais e promoção de saúde.

FREIRE, ACGF (FOA-UNESP); BARBOSA, JL (FOA-UNESP); BASSI, DF (FOA-UNESP); ARCIERI, RM (FOA-UNESP); GARBIN, AJI (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP); ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); SUMIDA, DH (FOA-UNESP); FREIRE, JTB (FOA-UNESP); REATTO, D (FOA-UNESP); SOUZA, NC (FOA-UNESP)

A odontologia é uma profissão extremamente desgastante devido às posturas adotadas durante o trabalho, conseqüentemente estudos vêm mostrando a grande incidência de cirurgiões-dentistas com doenças ocupacionais, como LER e DORT, e dores após a jornada de trabalho. Para amenizar os problemas de saúde decorrentes da profissão, é de fundamental importância trabalhar de forma ergonômica para simplificar e racionalizar o trabalho, evitar a fadiga e proporcionar conforto ao profissional. A ginástica laboral, que consiste na prática de alongamentos nos intervalos da jornada de trabalho, vem sendo utilizada como uma alternativa para prevenir doenças ocupacionais e evitar as dores decorrentes da jornada de trabalho. O objetivo deste projeto é verificar se os graduandos de odontologia adotam posturas corretas durante o atendimento odontológico nas clínicas da faculdade. Além disso, instruí-los da importância em se trabalhar de forma ergonômica, e sugerir a ginástica laboral para a melhora da sua qualidade de vida. Foi realizado um estudo prévio utilizando como base o documento *“Adopting a healthy sitting working posture during patient treatment”*, que apresenta os requisitos necessários para adoção de posturas corretas. Verificou-se que umas parcelas dos graduandos adotam posturas inadequadas durante o atendimento, tanto na região dos membros superiores (pescoço, braços, ombros e coluna) como na região de membros inferiores (pernas e pés). Como conseqüência dessas posturas adotadas, os alunos se queixam de dores após o atendimento. Com base nisso, observamos que apesar dos alunos terem tido recentemente aulas de ergonomia e prevenção de doenças ocupacionais, alguns ainda assim não aplicam esses conhecimentos na prática da clínica. Percebe-se certa resistência dos mesmos em mudar seus hábitos,

mesmo que essa mudança seja para melhor. Por isso esse projeto é de extrema importância, pois instrui os alunos que estão atendendo em clínica através de um programa de conscientização sobre posturas adequadas. Ocorre também a entrega de um manual que fala sobre doenças ocupacionais, ergonomia e que indica a ginástica laboral como uma forma de praticar exercícios no próprio consultório, apesar da correria do dia-a-dia. Com esse intuito busca-se reduzir o número de profissionais com futuros problemas ocupacionais.

## ET05IESCo2-Tratamento alternativo para correção precoce de mordida cruzada posterior.

GARBIN, AJ (FOA-UNESP); WAKAYAMA, B (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP); SANTOS, RR (FOA-UNESP); ROVIDA, TAS (FOA-UNESP)

Atualmente a má oclusão se destaca entre os problemas de saúde pública, devido a sua alta prevalência na população, fato evidenciado por meio de estudos epidemiológicos. Ressalta-se que dentro da área de atenção dos serviços públicos deveria ocorrer o tratamento das oclusopatias, em decorrência das alterações fisiológicas na cavidade bucal. A mordida cruzada é uma má oclusão de alta prevalência em crianças, e tem como principal fator etiológico os hábitos deletérios correlacionados. São estabelecidas em grande parte na dentição decídua, quando o amadurecimento dos reflexos mastigatórios já sofreram influência das interferências oclusais. É conveniente o diagnóstico e correção precoce, pela facilidade de tratamento, pois não há correção espontânea, persistindo na dentição mista e permanente. As intervenções ortopédicas ficam limitadas com o crescimento, aumentando o risco de distrofias ósseas que podem tornar-se irreversíveis, por isso recomenda-se o tratamento precoce. A prevenção da má oclusão deve ser considerada como parte do tratamento, uma vez que os tipos mais comuns são as condições funcionais adquiridas, atribuídas a dietas pastosas, problemas respiratório e hábitos bucais deletérios. O projeto tem como principais objetivos, diagnosticar e tratar precocemente mordida cruzada posterior em escolares, desenvolver programa de educação para prevenção de hábitos bucais deletérios,

prevenir problemas oclusais na dentição permanente, possibilitando a prevenção das assimetrias faciais e posturais. Utiliza-se a Reabilitação Neuro Oclusal (RNO) como ferramenta, que investiga as causas e as elimina, por meio de desgastes oclusais seletivos e ou confecção das Pistas Diretas Planas, podendo ser aplicada em qualquer momento da vida. Quando a terapia é realizada na dentição decídua as alterações podem perpetuar-se nas fases seguintes, proporcionando resultados favoráveis rapidamente, em todo o conjunto dos elementos constituintes da oclusão. As Pistas Diretas Planas, é parte do arsenal para a Reabilitação Neuroclusal, desenvolvidas por Pedro Planas, constituem uma forma eficaz de correção das alterações dentárias e funcionais, em crianças na dentição decídua e início de dentição mista, normalizando não só a oclusão dentária, como a postura mandibular, posição dos côndilos nas ATMs e a função mastigatória. Outras vantagens é que a técnica não depende da colaboração do paciente por utilizar restaurações adesivas, é de baixo custo, pois os materiais utilizados são os mesmos dos procedimentos odontológicos rotineiros e é de fácil execução, permitindo que o cirurgião-dentista a coloque em prática sem dificuldades. Esse rol de vantagens torna as Pistas Diretas Planas uma alternativa viável de tratamento no serviço público odontológico.

### **ET05IESCo3-Gerenciamento de resíduos odontológicos no serviço público.**

*HIDALGO, LRC (FOA-UNESP); GARBIN, AJI (FOA-UNESP); ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESPA)*

Os estabelecimentos de saúde geram diariamente uma imensa quantidade de resíduos considerados prejudiciais ao meio ambiente. Na maioria das vezes, esses locais não possuem um sistema adequado de segregação e destino de seus resíduos, sendo estes lançados em lixões a céu aberto. Esse problema vem sendo cada vez mais objeto de preocupação de instituições de saúde, ambientalistas, órgãos governamentais e pesquisadores. No presente trabalho o objetivo foi verificar o processo de gerenciamento dos resíduos Odontológicos no serviço público e a conformidade com a legislação vigente. O estudo foi do tipo descritivo, exploratório, transversal, teve como universo amostral as unidades de atendimento odontológico do sistema público de onze municípios que compõem

a Região Central do Departamento Regional de Saúde II, Araçatuba-SP. Uma única pesquisadora realizou as visitas e as observações foram anotadas em um roteiro previamente elaborado e testado. Foram visitadas 50 unidades de saúde, sendo que nenhuma apresentou cópia do plano de gerenciamento de resíduos de saúde. Do total de estabelecimentos 62% realizavam a correta segregação dos resíduos no momento da sua geração. A presença de recipientes adequados a cada tipo de resíduo gerado no consultório odontológico foi observado em 74% e desses, 94% apresentava capacidade adequada ao tipo de resíduo gerado. A identificação do tipo de resíduo nas embalagens plásticas bem como as anotações identificando o estabelecimento gerador dos resíduos foi encontrada em 8% e 6% respectivamente. Somente 21% dos estabelecimentos apresentavam locais apropriados, de acordo com as normas vigentes para o armazenamento dos resíduos até que fosse feita a coleta externa. Constatou-se na presente pesquisa que a rotina adotada pela rede pública de saúde bucal, no que tange ao gerenciamento de resíduos de saúde apresentou falhas. Faz-se necessária a qualificação das equipes de saúde quanto aos aspectos de preservação e educação ambiental.

### **ET05IESCo4-Pró-Saúde: elo entre a universidade e a sociedade.**

*FRANCO EC (FOB-USP); ARAKAWA AM (FOB-USP); BASTOS RS (FOB-USP); MACHADO MAMP (FOB-USP); BASTOS JRM (FOB-USP); CALDANA ML (FOB-USP)*

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró Saúde é um programa do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, lançado em novembro de 2005, que objetiva a transformação do processo de formação, da geração do conhecimento e da prestação de serviços à população que aborde integralmente o processo saúde doença. Além do que, busca a inserção dos estudantes em um cenário real de práticas, muitas vezes diferentes de suas próprias realidades, com ênfase na atenção básica. Com este trabalho tem-se o objetivo de analisar as atividades realizadas ao longo do ano de 2011, na disciplina interdepartamental Saúde Coletiva IV da Faculdade de Odontologia de Bauru / Universidade de São Paulo, pelos alunos do segundo ano de graduação em Fonoaudiologia e Odontologia, em atividades

teóricas e práticas. Foram realizadas aulas teóricas explanatórias e dialogadas abordando assuntos sobre o envelhecimento normal e patológico, as principais alterações fonoaudiológicas e odontológicas do processo de envelhecimento, educação em saúde, detecção e intervenção nas alterações do envelhecimento, aconselhamento familiar quanto aos cuidados dos idosos e aspectos sociais e legais do idoso. Também foi realizada atuação prática em quatro visitas nas residências de idosos da periferia de Bauru, mediante avaliações, orientações e encaminhamentos. A disciplina Saúde Coletiva IV envolveu 81 alunos de graduação, 9 alunos de pós graduação e 9 professores. Foram atendidos 18 idosos que foram avaliados, orientados e encaminhados para os serviços de saúde conforme a necessidade de cada um. Nas atividades teóricas, além do conteúdo programático, foram contempladas atividades preparatórias para as visitas domiciliares com elaboração de materiais educativos. Quanto às atividades práticas, pode-se observar grande interesse dos alunos na busca da resolução dos problemas de saúde e sociais encontrados. Também houve a participação ativa dos familiares / cuidadores presentes durante as visitas. É importante salientar que todas as atividades foram acompanhadas diretamente por professores e pós graduandos. O Pró-Saúde proporciona aos alunos que ainda não possuem contato direto com os pacientes, a oportunidade de desenvolverem atividades junto à sociedade e em uma realidade distinta da maioria dos graduandos. A disciplina será ministrada em sua terceira edição em 2012, e espera superar os resultados positivos conquistados até o momento.

### **ETO5IESCO5-Inovação na relação ensino-serviço: o PET-Saúde como indutor da qualificação profissional.**

*FONSÊCA, GS (FOUSP - São Paulo - SP); JUNQUEIRA, SR (FOUSP - São Paulo - SP).*

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde foi instituído em 2008, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família. Os grupos são conformados por professores e alunos das unidades de ensino e profissionais inseridos nas Unidades Básicas de Saúde. Caracteriza-se como uma das ações direcionadas ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, em conformidade

com as necessidades do SUS e como fio condutor da interação ensino-serviço-comunidade, eixo básico para reorientar a educação na área da saúde. Como estratégia de ensino inovadora e fortalecedora de laços e compromissos da universidade pública com o SUS, pretende, dentre outros objetivos, institucionalizar e valorizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde, promover a capacitação docente dos profissionais dos serviços, estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa e incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente. O presente trabalho, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, constitui um recorte de um estudo avaliativo do PET-Saúde instituído na Universidade de São Paulo, campus Capital, que objetiva revelar suas contribuições para a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, sendo os dados coletados no segundo semestre de 2011, por meio de grupos focais, com média de 35 participantes. Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores de 05 das 06 Unidades Básicas de Saúde, integrantes do programa, no período de 2009 a 2011, que aceitaram colaborar com o estudo. A conversa foi orientada por um roteiro com três dimensões: formação para o SUS, contexto do trabalho em saúde e interação ensino-serviço. O material obtido foi tratado por análise de conteúdo de Bardin. Evidenciou-se que a participação no PET-Saúde agrega conhecimentos que esmeram as práticas profissionais exercidas no serviço, uma vez que a vivência com os alunos induz e estimula a busca por conhecimento. A possibilidade de transformar as práticas profissionais existe, porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A reflexão sobre a prática condiciona os profissionais a desenvolverem um trabalho mais efetivo e criativo. Analogamente, os questionamentos feitos pelos estudantes, pessoas que não se encontram “contaminadas” pela rotina, é capaz de proporcionar mudanças e melhorias na postura dos profissionais em serviço. A partir dos resultados obtidos, conclui-se que o PET-Saúde representa um indutor potencial de qualificação para os trabalhadores dos serviços de saúde, mediante relações estabelecidas com alunos de graduação, o que fortalece a Atenção Primária em Saúde.

## **ET05IESCo6-A Escala de Risco de Coelho como instrumento de organização do acesso ao serviço odontológico – experiência de uma unidade de Saúde da Família de Piracicaba-SP.**

*MENEZES, LF (FOP-UNICAMP, SMS-Monte Alto-SP), PEREIRA, SM (UFLA), CORTELAZZI, KL (FOP-UNICAMP) GUERRA, LM (FMJ, FOP-UNICAMP), SALOMÃO, FGD (FOP-UNICAMP, SMS-São Carlos-SP), VAZQUEZ, FL (FOP-UNICAMP)*

A inclusão das equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família fez com que a odontologia buscasse meios de acompanhar as mudanças estruturais propostas pelo SUS, buscando atender seus princípios, como a universalidade e a equidade. Para estabelecer prioridades no acesso da comunidade ao serviço odontológico e organizar a demanda de maneira otimizada e equitativa, torna-se necessária a utilização de métodos sistemáticos de avaliação de risco. A Escala de Coelho baseia-se em sentinelas de risco oriundas da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que são avaliadas na primeira visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde (ACS). Visando a integração entre as atividades acadêmicas de ensino e os serviços de saúde, o mestrado profissionalizante em saúde coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP) apresenta, entre suas atividades, o trabalho de campo dos mestrandos em várias unidades de Saúde da Família (USF) em Piracicaba -SP. Durante o período de estágio, foram feitos trabalhos de territorialização, mapeamento e classificação de risco das famílias adscritas nos territórios das USFs, incluindo a unidade de Saúde da Família Santa Rosa I, no bairro Santa Rosa que conta com 2712 mil habitantes e 767 famílias cadastradas. O trabalho de classificação das famílias foi iniciado com a análise das Fichas A, seguido da pontuação por score e posterior classificação em risco 1, 2 e 3. Tabulados os dados, as famílias foram separadas por microáreas e agendadas pelos ACS responsáveis para avaliação de risco odontológico individual no consultório da USF. Seguiram para tratamento, as pessoas que necessitavam de atendimento clínico prioritário. Este trabalho teve como objetivo mostrar a experiência com a utilização da Escala de Coelho para organizar a demanda e otimizar o acesso ao atendimento odontológico em uma Unidade de Saúde da Família do município de Piracicaba-SP.

## **ET05IESCo7-Ações educativas em biossegurança: Cinco anos de sucesso.**

*HIDALGO, LRC (FOA-UNESP); ROCHA, AC (FOA-UNESP); GARBIN, AJI (FOA-UNESP); ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); KÜLL MF (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP)*

Na odontologia existe uma grande variedade de funções que podem originar cadeias e rotas de contaminação de doenças infecto contagiosas, tendo em vista dificuldades com o controle de infecção, negligência e falta de conhecimento por parte de alguns profissionais, tornando esta uma profissão de risco. Com isso, é importante destacar o quão necessário e indispensável é o trabalho educativo contínuo desse tema para que haja uma conscientização desses profissionais e assim seja prestado um atendimento seguro e de qualidade à população. O projeto de extensão “Orientação sobre as normas da Vigilância Sanitária na prática odontológica, como forma de evitar riscos à saúde do profissional, do paciente e da comunidade”, do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, com o apoio da PROEX e o NEPESCO (Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva), vem desenvolvendo suas atividades educativas junto às equipes de saúde bucal do serviço público de vários municípios da região de Araçatuba. O projeto enfatiza a importância da biossegurança e o cumprimento das normas da vigilância sanitária pelos profissionais para uma prática odontológica mais segura. Objetivos: Descrever as atividades realizadas pelo projeto desde sua implementação no ano de 2006. Métodos: Foram consultados documentos institucionais do projeto como o cronograma anual de atividades e os relatórios de campo. Resultados: Durante esses 5 anos do projeto foram visitados 60 estabelecimentos de saúde dos municípios: Araçatuba, Penápolis e Presidente Prudente, pelos alunos de graduação e pós-graduação, com o objetivo de analisar os problemas encontrados no controle de infecção realizados pelos profissionais e discutir soluções e ações educativas eficientes. Foram beneficiadas mais de 100 equipes de saúde bucal, com orientações sobre esse tema, para que estes possam exercer suas funções com mais segurança. Nesse período também foram desenvolvidos manuais de biossegurança, abordando temas como medidas de controle de infecção, utilização de Equipamentos de Proteção Individual, esterilização do instrumental,

desinfecção do equipamento e do ambiente e anti-sepsia dos pacientes. Mais de 50 alunos participaram do projeto e puderam conhecer um pouco do dia a dia de uma UBS e o serviço público de saúde bucal, além disso, esses alunos reuniram-se semanalmente para um estudo dirigido, tendo uma formação diferenciada, Desta forma podemos destacar que durante esse período houve a integração dos acadêmicos com os profissionais de saúde, permitindo troca de informações e experiências, aproximando a Universidade com a Comunidade, além de sensibilizar os profissionais da importância de seguir tais normas.

### **ET05IESCo8-Experiências interdisciplinares na graduação em Odontologia da PUC-Campinas: potencializando a integração ensino-serviço-comunidade.**

*PEZZATO, LM (PUC-Campinas-SP); CYPRIANO, S (PUC-Campinas-SP); Martins, AA (SMS-Campinas-SP)*

As ações de Saúde Bucal no cotidiano da atenção primária dos serviços de saúde abrangem uma série de atividades que vão além do atendimento em cadeira odontológica. O objetivo deste trabalho é relatar uma experiência formativa na integração ensino-serviço, da PUC-Campinas em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS de Campinas. A partir de 2004 o curso de Odontologia da PUC-Campinas integrou-se ao convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde, para desenvolver estágios curriculares das disciplinas de Saúde Coletiva. Nos primeiros anos ficamos restritos às ações do núcleo específico da saúde bucal, sendo que a partir de 2009 passamos a desenvolver ações interdisciplinares e intersetoriais com professores e estudantes dos cursos de: Nutrição, Fisioterapia, Medicina, Terapia Ocupacional, Enfermagem e profissionais do CS: Técnicas e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, aprimorandos de Terapia Ocupacional, tais como: Campanha de prevenção e diagnóstico de câncer bucal nas unidades de saúde, atendimento individual na clínica da Faculdade de Odontologia (atendendo usuários das listas de espera das Unidades de saúde), visitas domiciliares em equipe multiprofissionais à recém-nascidos e acamados, participação e formação de grupos educativos (idosos, hipertensos e diabéticos, gestantes, tabagismo), interconsultas de recém-nascidos e realizamos atividades educativas, preventivas e terapêuticas (Tratamento

Restaurador Atraumático-ART) em saúde bucal em escolas e ONGs. Ações estas realizadas num processo de co-gestão com o distrito de saúde noroeste. Neste sentido, esta diversidade de experiências proporcionou aos estudantes uma atuação mais ampliada e integrada em saúde, abrindo novas perspectivas de atuação no SUS, além de sensibilizá-los frente as condições de vida da população e das necessidades de saúde. Buscamos, com isso, um trabalho articulado entre o sistema de saúde, a instituição formadora e a comunidade, colocando em evidência a formação do profissional de saúde no SUS e, contribuindo na elevação da qualidade de saúde desta população. Esta sendo um desafio que com certeza estamos tod@s aprendendo e ensinando - alunos, professores, profissionais do CS e usuários.

### **ET05IESCo9-Projeto de prevenção do câncer bucal e tratamentos das lesões orais da prefeitura municipal de Monte Alto-SP.**

*ARIOLI, MH (PM-Monte Alto-SP); FANTINI, LD (PM-Monte Alto-SP); FUGITA, DMP (PM-Monte Alto SP), FANTINI, A (PM-Monte Alto-SP); AZENHA, MR (CAEDO-FORP-USP); LACERDA, SA (CAEDO-FORP-USP)*

A prevenção de doenças da boca e a identificação das lesões cancerizáveis são fatores determinantes para a redução de casos de Câncer Bucal, bem como para o diagnóstico de doenças sistêmicas com manifestações bucais. É obrigação do cirurgião-dentista do serviço público a identificação dos sinais e o diagnóstico correto e precoce das patologias orais. Para isto, através de uma parceria da DRS XIII com o Centro de Atendimento Especializado em Diagnóstico Oral (CAEDO-FORP-USP), os profissionais da rede pública vêm sendo treinados desde 2006 para a campanha de câncer da FOSP. Em 2008-2010 os cirurgiões-dentistas de Monte Alto participaram de um projeto de ensino a distância do CAEDO no qual obtiveram treinamento em diagnóstico. Em 2010 estes profissionais realizaram um curso presencial de Biópsia em Estomatologia também no CAEDO e, a partir de então, criou-se o projeto permanente de prevenção de câncer de boca e tratamentos das lesões orais no município. Foram criados: prontuários próprios para registro dos dados do paciente e da lesão, uma Unidade de saúde central equipada para atendimento e realização de pequenas biópsias, treinamento dos agentes comunitários de

saúde para prestarem orientações sobre prevenção do câncer bucal nas visitas domiciliares com coleta de dados sobre uso de próteses mal adaptadas, fumo, alterações na mucosa percebidas no autoexame entre outros. O paciente portador de qualquer anormalidade, detectada tanto no atendimento de rotina dos postos de saúde, como nas visitas domiciliares, são encaminhados para atendimento na Unidade especial onde suas lesões são fotografadas. As imagens juntamente com as informações clínicas e a hipótese diagnóstica são encaminhados por e-mail para o CAEDO onde são prestados apoio e orientação para realização de técnicas diagnósticas, acompanhamento ou tratamento, e para a realização cirúrgica de biópsia no município. Nos casos mais complexos os pacientes são encaminhados para serem atendidos no CAEDO-FORP-USP. O projeto municipal realiza também a orientação da população com a realização de palestras educativas em órgãos públicos e privados, rádios locais e distribuição de folhetos de prevenção do câncer bucal em eventos realizados no município. Concluiu-se que o projeto reduziu em 82% o número de pacientes encaminhados para serem tratados fora do município, reduziu o tempo para a resolução dos casos e que a população tem acesso constante as orientações e informações tornando eficiente e permanente a prevenção do câncer bucal

### **ET05IESC10-Violência intrafamiliar, bullying e promoção de saúde bucal com pré-escolares: Uma experiência dentro do Centro de Convivência Infantil (CCI)-FOA-UNESP.**

*GARBIN, CAS (FOA-UNESP); FREIRE, ACGF (FOA-UNESP); WAKAYAMA, B (FOA-UNESP); AHERN, DC (FOA-UNESP); BAZZI, NF (FOA-UNESP); SALIBA, NA (FOA-UNESP); SOUZA, NC (FOA-UNESP)*

O projeto “Identificação e Abordagem de violência intrafamiliar contra crianças nas Escolas Municipais de Educação Infantil de Araçatuba”, visa à aproximação da Universidade com serviços públicos de educação e a comunidade. O centro de convivência infantil (CCI) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-Unesp faz parte deste projeto e oferece educação gratuita a filhos de funcionários, de docentes e discentes (35 alunos), com idade que varia entre 3 meses e 5 anos e 11 meses. O intuito do projeto inclui detecção e percepção de violência intrafamiliar e *bullying* contra crianças, de

forma silenciosa, promovendo proteção às vítimas, esclarecendo e orientando os educadores, promovendo campanhas de divulgação para conscientização da população. Além disso, tem como finalidade promover a Saúde Bucal. A violência contra crianças pode ser classificada como: física, psicológica, sexual ou negligência e o acompanhamento é feito através da observação e não de forma indutiva, ou seja o projeto verifica se há ocorrências de sinais (hematomas, marcas de mordidas, queimaduras ou qualquer outro que induza uma agressão) ou negligência (falta de cuidados com vestimenta, higiene pessoal, estado de saúde local e sistêmica). Qualquer alteração nas crianças deve ser registrada, advertida e quando oportuna denunciada. Simultaneamente realizam-se atividades de promoção de saúde geral e bucal com o intuito de formar promotores de saúde. As atividades consistem em: recreações, atividades lúdicas, escovação supervisionada, palestras explicativas, motivando as crianças com o intuito de formar promotores de saúde. As crianças são observadas com mais atenção e a possibilidade de promover atividades individuais torna-se real. Durante os encontros foi estabelecido “O ajudante do dia”, onde ocorre a escolha aleatória de uma das crianças para que esta acompanhe as atividades de saúde bucal daquele dia. Isso faz com que aguce o interesse e a vontade de se relacionar com o assunto e promover a saúde bucal em casa e na comunidade em que reside. O CCI não apresentou nenhum caso de maus tratos ou bullying, mas mesmo assim os funcionários são capacitados para detectar todo o tipo de violência. Juntamente com essa atividade, promove-se higiene bucal considerada satisfatória. Além disso, o projeto promove a integração entre alunos de graduação, pós-graduandos e professores criando a oportunidade em vivenciar uma experiência jamais adquirida com base em leitura de trabalhos e artigos, a convivência com as crianças proporciona um olhar mais humano e sensível.

### **ET05IESC11-Projeto “Ginástica Laboral Aplicada ao Cirurgião-Dentista”: uma experiência de 4 anos.**

*FREIRE, ACGF (FOA-UNESP); ARCIERI, RM (FOA-UNESP); GARBIN, AJI (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP); ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); BARBOSA, JL (FOA-UNESP); BASSI, DF (FOA-UNESP); REATTO, D (FOA-UNESP); ROSA, VF (FOA-UNESP).*

Os movimentos feitos durante a jornada de trabalho do cirurgião-dentista tornam-se repetitivos e automatizados colaborando para o surgimento de doenças ocupacionais, mais conhecidas como Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT). A Ginástica Laboral pode ser conceituada como um conjunto de práticas físicas elaboradas com base na atividade profissional exercida durante o expediente, visando compensar as estruturas mais utilizadas no trabalho e ativar as que são requeridas, relaxando-as e tonificando-as. Podendo assim, ser utilizada como método auxiliar na prevenção das LER/DORT. O presente trabalho teve a finalidade de verificar se os profissionais da odontologia trabalham de forma ergonômica, alertá-los sobre doenças ocupacionais, e falar da ginástica como uma forma alternativa amenizar dores e prevenir doenças ocupacionais. O projeto foi iniciado no ano de 2007 e vem sendo realizado até hoje com muito sucesso. Foram realizadas visitas observacionais nas UBSs do município de Araçatuba-SP com intuito de verificar se o cirurgião-dentista apresenta algum tipo de dor relacionada às posturas adotadas durante a jornada de trabalho. Foi confeccionado um manual com informações sobre doenças ocupacionais(LER/DORT) e sugestões de alongamentos para serem realizados antes, durante ou depois dos atendimentos. No ano de 2010 foram feitas novas visitas nas UBSs do município de Araçatuba-SP para distribuição do manual “Ginástica Laboral - como forma de prevenção à lesões por esforços repetitivos” visando propiciar aos cirurgiões-dentistas terem em mãos um manual que fala sobre ergonomia, doenças ocupacionais e que ilustra algumas formas de alongamento que podem ser feitas durante os intervalos da jornada de trabalho. Em 2011, foi iniciado o trabalho com os alunos da faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP, visando verificar se eles atendem de forma ergonômica para posteriormente orientá-los, para que já no começo da profissão trabalhem de forma correta e no futuro não sofram com doenças como LER/DORT. Portanto, todo o trabalho realizado durante esses 4 anos tem por finalidade conscientizar os cirurgiões-dentistas e os estudantes da importância em se trabalhar de forma ergonômica e o quanto à ginástica laboral é importante e pode ajudá-los, prevenindo ou amenizando as LER/DORT. A experiência de integração entre os alunos participantes do projeto, os profissionais que trabalham nas UBSs e os demais

alunos da faculdade tem demonstrado resultados muito positivos, pois proporciona um ganho significativo de conhecimento para todos, e com esse conhecimento uma melhor qualidade de vida.

### **ET05IESC12-O Pró-saúde como instrumento de integração entre ensino-serviço-comunidade: a experiência do município de Bauru-SP.**

*DEKON, SHSS (FOB-USP, SMS-Bauru-SP); TOMITA, NE (FOB-USP); LOPES, AC (FOB-USP)*

O Pró-saúde, programa criado pelos Ministérios da Saúde e Educação com a finalidade de promover a integração ensino-serviço reorientando a formação dos novos profissionais da área da saúde de acordo com as necessidades do SUS, teve suas atividades iniciadas no município de Bauru através de uma parceria entre a Faculdade de Odontologia de Bauru - USP e a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru no ano de 2009. Este programa é de extrema importância para que os profissionais atuantes troquem experiências, realizem estudos de casos e enriqueçam seus conhecimentos, além do incentivo financeiro recebido pela universidade e pelo município. Tal iniciativa tem como objetivos: -Capacitar os alunos dos cursos de graduação de odontologia e fonoaudiologia para a compreensão do processo saúde-doença como processo social, saúde do trabalhador e as políticas públicas de saúde; -Promover a integração dos profissionais atuantes nos serviços públicos com a universidade, proporcionando troca de experiências, aprendizado, cooperação. Através da disciplina Saúde Coletiva VI, durante os meses de agosto a outubro, os alunos de graduação de fonoaudiologia e odontologia puderam aprender e vivenciar a atuação do fonoaudiólogo e do cirurgião-dentista dentro da área de saúde do trabalhador através da integração com a equipe de profissionais do CEREST e da Secretaria Municipal de Saúde. Foram utilizados como estratégias de ensino aulas expositivas, com a participação de profissionais da secretaria de saúde, abordando temas relacionados à saúde do trabalhador (odontologia do trabalho, fonoaudiologia do trabalho, políticas públicas em saúde do trabalhador, doenças relacionadas ao trabalho, riscos à saúde, doenças e acidentes ocupacionais, determinação social do processo saúde-doença no trabalho); estudo de caso com os profissionais do CEREST; visita a fábricas de baterias do município, em

companhia dos profissionais do CEREST e da Secretaria Municipal de Saúde, para vivenciar a vigilância em saúde do trabalhador e a elaboração de um painel de experiência. A realização das atividades programadas proporcionou um aprendizado rico e participação ativa dos profissionais da secretaria de saúde. No estudo de caso, os profissionais do CEREST puderam discutir com os graduandos um caso de acidente de trabalho e suas consequências, e a importância de atuação da vigilância em saúde. A visita às fábricas de baterias propiciou aos participantes correlacionar os conteúdos aprendidos durante as aulas expositivas com a situação real de trabalho enfrentada pelos operários das fábricas, acompanhados dos profissionais do CEREST e da Secretaria Municipal de Saúde. Aprendizado com a vivência-A disciplina integrante do programa Pró-saúde conseguiu integrar os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, em especial os do CEREST, à rotina acadêmica dos cursos de odontologia e fonoaudiologia, e estes profissionais puderam mostrar aos alunos como é a sua atuação na vigilância em saúde do trabalhador e as políticas públicas para o trabalhador. O Pró-saúde incentiva transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, abordando integralmente o processo saúde-doença, possibilitando a formação de profissionais habilitados para atender às necessidades da população e à operacionalização do SUS. Desse modo, a parceria firmada em Bauru, sedimenta essa realidade como uma nova etapa na educação superior e solidifica a prática dos princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade.

### **ET05IESC13-Integração docente assistencial – a experiência de um sistema de trabalho.**

*OLIVEIRA, AMG (FOP-UNICAMP); SOUZA, MLR (FOP-UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP); MENEGHIM, MC (FOP-UNICAMP); MIALHE, FL (FOP-UNICAMP); FONSECA, DAV (PM-PIRACICABA-SP)*

O estágio extramuros da FOP-UNICAMP tem como meta preparar o aluno de graduação para a prática de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), além de servir como elo de gestão na melhoria do sistema de atenção em saúde bucal. Desenvolveu-se um programa de atenção odontológica às crianças de 6 a 10 anos de idade, matriculadas em EMEFs de Piracicaba-SP, o

qual teve início em 1994. Participam desse projeto os professores do Departamento de Odontologia Social, alunos da graduação e pós-graduação (FOP-Unicamp), Secretaria Municipal de Saúde (Prefeitura) e Fundação ArcelorMittal Brasil (Piracicaba). A participação dos alunos de graduação acontece no 7º e 8º semestres da graduação, durante 2 semanas por semestre (32 horas/semana). Dois cirurgiões-dentistas cedidos pela prefeitura fazem a supervisão dos graduandos. Inicialmente é realizado um levantamento epidemiológico na população envolvida determinando os fatores de riscos e selecionando para o atendimento na clínica as crianças que apresentam necessidade de tratamento clínico e, utilizando a escola, como oportunidade de atendimento clínico em espaço social. Durante o ano de 2011 foi realizado um estudo de corte com o atendimento em 5.733 crianças das 12 escolas participantes do programa, de um total de 5.887 crianças matriculadas. Observou-se que, do total de 18.204(100%) procedimentos realizados, 45,63% foram curativos; 53,94% tratamentos preventivos e 0,43% procedimentos de apoio do total realizado, sendo que desses, 0,36% foram de encaminhamentos para o CEO. De 8.307 (100%) de procedimentos curativos, 35,87% foram restaurações em dentes decíduos e permanentes; 0,79% pulpotomias; 7% de exodontia de dente decíduo, 0,13 % exodontia de dente permanente e 56,21% de outros procedimentos de caráter curativo. Iniciaram tratamento curativo em 2011, 18,26% das crianças matriculadas nas escolas participantes do programa, sendo que 17,13% completaram o tratamento. Do total de procedimentos preventivos, 56,95% foi escovação supervisionada, 31,58% fluoroterapia e 11,47% outros procedimentos de caráter preventivo. Concomitante, realizou-se orientações de educação em saúde. Em média foram necessárias 3 consultas para tratamento completo, facilitando a integração entre o projeto de saúde bucal e as atividades escolares. O projeto foi avaliado por meio de questionário composto de 7 itens que abordou a importância do projeto, grau de satisfação, benefícios, aceitação do trabalho e atendimento às prioridades em saúde bucal na população assistida, obtendo-se uma média de 8,5 (numa escala de 0 a 10). A maior proximidade do Sistema Público com os anseios dos usuários, um controle social mais amplo com planejamento participativo, tornou mais eficaz o atendimento das necessidades odontológicas básicas do grupo etário de eleição, demonstrando

a boa aceitabilidade do projeto pelos participantes. A parceria entre as entidades envolvidas no projeto propiciou o desenvolvimento de programas que beneficiaram diretamente a comunidade, bem como, o desenvolvimento de competências e habilidades dos graduandos do curso de odontologia da FOP.

### **ET05IESC14-A extensão universitária como ferramenta de integração entre universidade, serviço de saúde e comunidade.**

*MOIMAZ, SAS (FOA-UNESP); SANTOS, RR (FOA-UNESP); BORGES, HC (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP); ARCIERI, RM (FOA-UNESP); SALIBA, NA (FOA-UNESP)*

As diretrizes curriculares nacionais na área da saúde explicitam a necessidade de metodologias de ensino-aprendizagem que favoreçam a integração da universidade com os serviços de saúde. Essa integração permite diversificar ambientes de aprendizagem contribuindo assim, para a construção de um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos. A participação da universidade, como promotora de ações e parceira dos serviços de saúde, reverbera seu papel social enquanto construtora e transformadora da realidade à qual pertence. Com base nessa premissa as atividades-fim da universidade, se realizadas com a imersão dos sujeitos em cenários reais, amplia sua inserção na sociedade, fomenta o senso crítico e a sensibilidade social dos alunos de graduação e pós-graduação. A Odontologia Social, hoje Saúde Coletiva, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, há quase 50 anos caminha nesse sentido, desenvolvendo vários programas que integram a universidade aos serviços locais de saúde e à comunidade. O objetivo desse trabalho foi verificar os projetos e programas desenvolvidos pela FOA-UNESP ao longo desse período, na área de saúde coletiva, visando relatar as experiências de academia-serviços de saúde, formação profissional e o impacto social. Foi realizada uma pesquisa histórica, documental, descritiva, com consulta aos arquivos institucionais da Faculdade, considerando: textos oficiais, relatórios, documentos, banco de dados da pró-reitoria de extensão e artigos publicados, referentes ao período de 1964 a 2011. A análise permitiu verificar que a FOA, foi pioneira no país, em 1964, na criação do Serviço Extra-Muro Odontológico, em parceria com a Prefeitura Municipal

de Araçatuba, objetivando a atenção odontológica à população rural, evidenciando que naquela época já havia o entendimento da necessidade da inclusão social de grupos negligenciados. Em 1972, o serviço foi ampliado para zona urbana, abrindo-se espaço para atenção de vários grupos populacionais. Na década de 60, várias campanhas foram realizadas tais como: Campanha de filtro caseiro e Campanha para construção de poços e fossas, em bairros periféricos e áreas rurais, demonstrando o conhecimento sobre a indissolubilidade da saúde bucal e geral, e a preocupação da equipe com os determinantes do processo saúde-doença. Naquele momento iniciaram-se as campanhas para fluoretação das águas de abastecimento público. Diversos municípios, sob a influência da faculdade, tiveram o método implantado, dentre eles estavam: Araçatuba, Birigui, Penápolis, Guararapes e Valparaíso. A partir dos anos 90 tiveram início as ações de heterocontrole do flúor, inicialmente em convênio com a Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas e posteriormente em parceria com as prefeituras dos 40 municípios pertencentes ao DRS II - SES-SP. A Campanha dos “Bons Dentes”, realizada no início dos anos 70, como um evento pontual no dia do dentista, por meio de palestras direcionadas às crianças, com o passar dos anos, tomou dimensões mais amplas, tornando-se o “Programa de Educação em Saúde Bucal”, desenvolvido de forma contínua e permanente nas escolas públicas da região. Nele são produzidos materiais didático-instrucionais e atividades lúdicas com as crianças pelos alunos de graduação e pós-graduação. No campo da pesquisa, diversos estudos epidemiológicos sobre os problemas bucais foram realizados: cárie, periodontopatias, oclusopatias e fluorose dentária, destacando-se o estudo pioneiro, sobre esta última afecção, realizado em Pereira Barreto- SP. Estas pesquisas se transformaram em artigos científicos e relatórios divulgados aos municípios beneficiados. A partir da década de 90, as ações comunitárias passaram a ser mais valorizadas na universidade, com a disseminação dos chamados “Projetos de Extensão Universitária”. A área de saúde coletiva temos seguintes projetos cadastrados na PROEX: “Identificação e Abordagem de Violência Intrafamiliar contra crianças nas Escolas Municipais de Educação Infantil de Araçatuba-SP.”; “O descarte de lixo por profissionais da saúde e seu impacto sobre o meio ambiente”; “Ginástica Laboral Aplicada ao cirurgião-dentista”; “Promoção de Saúde Bucal nas

Escolas Municipais de Educação Infantil de Araçatuba-SP”; “Promoção de saúde a idosos institucionalizados da cidade de Araçatuba”; “Orientação sobre as normas de Biossegurança da Vigilância Sanitária na prática odontológica, como forma de evitar riscos à saúde do profissional, do paciente e da comunidade.”; “Vigilância do teor de flúor das águas de abastecimento público dos municípios da Região Noroeste do estado de São Paulo-SP.”; “Violência intrafamiliar: sensibilização de pais e adolescentes contra a prática do castigo físico”; “Promoção de saúde bucal para gestantes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Araçatuba-SP”; “Criança Feliz. Saúde Bucal das crianças da Creche Santa Clara de Assis”; “Tratamento alternativo para correção precoce de mordida cruzada posterior-Pistas Diretas Planas”; “Transformando crianças em agentes de promoção de saúde bucal”. Durante todo período houve a preocupação com qualificação de recursos humanos em saúde, com o desenvolvimento de treinamentos, cursos e palestras para os profissionais da rede, destacando-se as capacitações para as equipes da Saúde da Família; Formação e Capacitação de Agente Comunitário de Saúde - Universidade Solidária; Formação e Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde. Como produto gerado, resultante da integração academia e serviço de saúde foram encontrados diversos folders, cartilhas e manuais. Destas publicações encontradas podem-se citar alguns livros e manuais: “Doenças Ocupacionais prevenção na prática Odontológica”; “Biossegurança em Odontologia”; “Saúde Bucal da Família”; “Saúde Bucal para Todos”; “Manual do Usuário do SUS”; “Manual para o Conselheiro de Saúde- Noções básicas”; “Vivendo bem na melhor idade: Orientações para cuidadores de Idosos”; “Manual Para a conservação e higienização de próteses dentárias”; “Odontologia para Gestante: guia para o profissional de Saúde”; “Ginástica laboral como forma de prevenção às lesões por esforços repetitivos”; “Resíduos de serviços de saúde na odontologia-proteja o meio ambiente descartando de maneira correta”. Na formação de profissionais para o SUS, evidencia-se o papel do programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, criado em 1993, formando pesquisadores/professores/gestores e enucleando grupos de pesquisa, em vários estados brasileiros. Diante dos resultados, conclui-se que diversos projeto e programas têm sido desenvolvidos pela saúde coletiva da FOA, permitindo troca de experiência entre universidade e serviço de saúde, com benefícios a todos os envolvidos.

## **ET05IESCI5-O programa PET-Saúde e a experiência do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP (FORP-USP).**

*ALVES, AJN (FORP-USP); XAVIER, BF (FORP-USP); CORADELLI, PMP (FORP-USP); BREGAGNOLO, JB (FORP-USP); WATANABE, MGC (FORP-USP); MATTOS, MGC (FORP-USP); SILVEIRA, F (FORP-USP); DELATORRE, T (FAEPA-SP); GONÇALVES, EF (FAEPA-SP); POLACCHINI, RCB (FMRP-USP); PIRES, FK (FMRP-USP); SILVA, CSP (HC-FMRP-USP)*

O Ministério da Saúde lançou, em conjunto com o Ministério da Educação, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2007. O programa está voltado para a formulação e implementação de diretrizes políticas para a formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, a necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades básicas de saúde municipais e para a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no Sistema Único de Saúde (SUS). O PET-Saúde tem o propósito de propiciar qualificação em serviço de profissionais de saúde e iniciação ao trabalho de estudantes de cursos de graduação da área de saúde, possibilitando aproximação às necessidades do SUS. A inserção dos estudantes na rede básica de atenção à saúde constitui uma das diretrizes propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, desta forma, contribuindo com a formação de recursos humanos melhor preparados para o enfrentamento dos problemas de saúde do país. Na proposta referente ao período 2010-2011, foram constituídos 7 grupos tutoriais, com participação de 5 unidades de ensino do Campus USP de Ribeirão Preto, envolvendo nove cursos de graduação da área da saúde: Enfermagem (bacharelado e licenciatura), Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Cada grupo tutorial é constituído por 1 tutor (docente), 6 preceptores (técnicos da rede pública municipal lotados em unidades de Atenção Primária à Saúde), 12 monitores bolsistas (estudantes) e 18 monitores não-bolsistas (estudantes), além de um coordenador geral. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de estudantes do curso de Odontologia da FORP-USP no Programa PET-Saúde, junto a uma unidade vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF). As atividades foram desenvolvidas no mês de

janeiro de 2012. Foi possível vivenciar nesse período: 1) o *processo de territorialização*, o que permitiu adquirir uma visão mais completa das famílias cadastradas, da infra-estrutura local, das dificuldades sociais na unidade e da área adstrita; 2) o *acompanhamento do trabalho das agentes comunitárias*, demonstrando sua validade e importância para a compreensão da vida familiar da população acompanhada pela unidade; 3) o *acolhimento da população*, uma das prerrogativas da ESF; 4) o *acompanhamento das consultas realizadas pelos profissionais*, observando-se sua amplitude e, ao mesmo tempo, profundidade, abordando o indivíduo, a família e a comunidade, bem como as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação na atenção básica em saúde; 5) o *processo de trabalho em equipe*, por meio da participação nas reuniões de discussão de casos de família. A experiência possibilitou o conhecimento de aspectos positivos do SUS e da ESF, bem como promoveu uma maior valorização do enfoque preventivo-promocional e não só do aspecto clínico-cirúrgico da Odontologia como da área de saúde. Reforça-se, ainda, a necessidade e importância de que tais políticas e ações tenham continuidade, para que o processo se fortaleça e atinja o impacto desejado na formação e na atenção em saúde.

### **ET05IESC16-A vivência de graduandos de Odontologia no mundo do trabalho: estágio na Atenção Primária à Saúde – Estratégia de Saúde da Família.**

SILVEIRA, F (FORP-USP); WATANABE, MGC (FORP-USP); BREGAGNOLO, JC (FORP-USP); MESTRINER, SF (FORP-USP); MESTRINER JUNIOR, W (FORP-USP); MATTOS, MGC (FORP-USP); BERTOLDI, RC (FMRP-USP); GUAL, AS (FMRP-USP); VOI, PD (SMS-RIBEIRÃO PRETO)

A criação do Sistema Único de Saúde, os esforços para sua implementação e a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde resultaram em uma aproximação entre o sistema educacional e o de saúde, ao estabelecerem o imperativo de formar profissionais com habilidades e competências para atuarem no SUS. As DCN reforçam nitidamente a importância do trabalho em equipes multiprofissionais, a compreensão dos problemas de saúde de forma interdisciplinar e assinalam a necessidade de adequar a abordagem pedagógica no

sentido das metodologias ativas, do desenvolvimento da aprendizagem em cenários múltiplos e a busca pelo equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. É neste contexto que a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP (FORP-USP) foi convidada a compor um projeto comum junto à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de atividades de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto, envolvendo Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família. Isto possibilitou que, na reforma curricular do Curso de Odontologia da FORP-USP implantada em 2004, houvesse cinco disciplinas com atividades de estágio relacionadas à Estratégia Saúde da Família. No quarto ano do Curso os alunos permanecem por 120 horas (4 semanas consecutivas) nos serviços, o que permite que exercitem a prática da saúde bucal/odontologia em cinco unidades de saúde da família. O objetivo deste trabalho é descrever as atividades desenvolvidas pelos graduandos do quarto ano de Odontologia da FORP-USP no ano de 2011. A fonte de dados foram os relatórios de atividade da disciplina e relatórios do Sistema de Informações de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-Hygea. Neste ano, o estágio iniciou em 24 de janeiro e encerrou em 25 de novembro, totalizando 40 semanas de atividade. A atenção à Saúde Bucal é desenvolvida nos Núcleos de Saúde de Família, sendo que a primeira intenção é a inserção do aluno no processo de trabalho da equipe, por meio da sua participação nas seguintes atividades: 1) Reunião de discussão de casos de família, em um total de 136 reuniões no ano ( $x = 136$ ), onde cada aluno participou, em média, de três discussões (média = 3), sendo este um momento da equipe para a construção coletiva dos processos de saúde-doença-cuidado das famílias adscritas na unidade; 2) Reunião administrativa ( $x = 108$ ; média = 2), onde a equipe discute a sua prática e organiza as ações de saúde; 3) Acolhimento e Recepção ( $x = 203$ ; média = 4), realizando acolhimento dos usuários que buscaram atendimento de saúde, esclarecendo e dúvidas sobre os encaminhamentos, exames laboratoriais, aferição da Pressão Arterial e Glicemia capilar; 4) Reunião de educação permanente ( $x = 126$ ; média = 3), atividade que possibilita à equipe compartilhar conhecimentos de distintas disciplinas da saúde e permite a construção de um campo de conhecimento

e práticas, sendo que os alunos colaboraram com 20 seminários sobre assuntos específicos sobre Saúde Bucal. A segunda intenção refere-se à experimentação da prática da Atenção à Saúde Bucal em uma unidade de Saúde da Família, composta das seguintes atividades: 1) Grupo de Saúde Bucal ( $x = 30$ ; média = 1), tendo os objetivos de informar aos usuários a rotina dos atendimentos, as ações básicas de saúde bucal ofertadas e as possibilidades de encaminhamento para as necessidades de atendimento especializado, motivar discussão a respeito dos agravos de saúde bucal, a contratação de regras de convivência entre usuários e profissionais e intensificar o primeiro contato entre alunos e usuários, possibilitando a construção de vínculos e sensibilização dos alunos para a conformação de espaços intersubjetivos entre sujeito-profissional-aluno e sujeito-usuário nas ações seguintes; 2) Consulta de saúde bucal ( $\sum x = 692$ ; média = 14), que é uma atividade clínica, realizada em um ambiente de consultório comum, compreendida pela construção de um genograma, o que possibilita recuperar as histórias da família e seus laços afetivos, seguindo-se pelo levantamento da história de saúde, da queixa para busca do tratamento odontológico, do exame físico para descrever o status e a classificação de risco para os principais agravos à saúde bucal e, finalmente, a elaboração de um plano de tratamento na perspectiva da recuperação, prevenção e promoção da saúde bucal; 3) Atendimento odontológico ( $x = 1312$ ; média = 26), ofertado aos usuários ao final ou concomitante às consultas de saúde bucal, em função da necessidade do usuário ou como dispositivo para efetivar a adesão ao atendimento, sendo composto pelo conjunto de procedimentos da Atenção Básica à Saúde Bucal ( $x = 4005$ ; média = 80), incluindo a confecção de próteses provisórias para os usuários referenciados para a confecção de próteses parciais removíveis e que necessitem de intervenção imediata em função da necessidade de recuperar a estética, a função ou aliviar a dor. O contexto da atenção à Saúde Bucal também é conformado por outras ações que complementam a prática na Estratégia de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar com o agente comunitário de saúde ( $x = 356$ ; média = 7); visita com outros profissionais de saúde ( $x = 120$ ; média = 2); visita domiciliar de saúde bucal ( $x = 112$ ; média = 5) e consulta de saúde bucal domiciliar ( $x = 20$ ), dentre outras. Podemos citar os resultados deste processo

de trabalho em função do número dos usuários que receberam alta da atenção básica à Saúde Bucal ( $x = 200$ ; média = 4); do reconhecimento por parte das equipes das unidades de saúde da família do aluno do Curso de Odontologia como membro de cada equipe e o reconhecimento por parte dos alunos da importância desta vivência para sua formação profissional e pessoal. Deste modo, o aluno tem tido a oportunidade de vivenciar, junto à equipe, entre outras coisas, a construção de um processo de trabalho em equipe, que busca, no trabalho multidisciplinar, estabelecer uma interdisciplinaridade para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, que não tem a característica de ser linear e homogêneo e reconhecendo a responsabilização dos graduandos com relação às práticas de saúde coletiva.

### **ET05IESC17-Projeto “USP em Rondônia: uma experiência para a vida” -Relato de 10 anos de existência.**

*FRANÇA ML (FOB-USP); OLIVEIRA NA (FOB-USP); XAVIER A (FOB-USP); BASTOS JRM (FOB-USP); MACHADO MAMP (FOB-USP); CALDANA ML (FOB-USP).*

Mantendo o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão, a Universidade de São Paulo (USP) na década de 90 estruturou um centro avançado de pesquisas no município de Monte Negro, estado de Rondônia denominado Instituto de Ciências Biomédicas 5 (ICB5), para estudo e acompanhamento de doenças tropicais, mais comuns nas cidades da região Norte do País. Com o tempo o referido centro de excelência foi agregando outras áreas do conhecimento dos quadros da USP, a fim de proporcionar melhores condições de saúde à população. No ano de 2002, a Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP) iniciou o trabalho Odontológico e Fonoaudiológico no município, com objetivo inicial de realizar um levantamento das condições de saúde bucal e fonoaudiológica e elencar as necessidades da população, tornando possível planejar atividades de pesquisa e atendimento clínico. Assim, a partir dos dados encontrados, o grupo de docentes, graduandos e pós-graduandos da FOB-USP iniciaram os serviços à população nas áreas odontológica e fonoaudiológica, abrangendo as zonas urbana e rural do município de Monte Negro e população ribeirinha adjacente. Este trabalho, intitulado Projeto “USP em Rondônia” passou

a acontecer duas vezes por ano, em janeiro e julho, já com duração de dez anos, e além de prestar auxílio à população, proporciona aos alunos uma experiência de trabalho em outras comunidades, com culturas e realidades diferentes das encontradas na região sudeste. Grande parcela desta população vive distante dos centros de referência, alheia às condições básicas de saneamento, educação e a programas de saúde básica (prevenção primária, secundária e terciária). Foram realizados aproximadamente 45 mil procedimentos, atendendo em torno de 15 mil pacientes, além de pesquisas epidemiológicas das condições de saúde bucal e fonoaudiológica. Sendo assim, o projeto busca se adequar à realidade local, com o intuito de dinamizar as ações já desenvolvidas no referido município e oferecer melhor qualidade de vida aos seus moradores.

### **ET05IESC18-Importância da integração serviço-escola no levantamento das condições de saúde bucal no município de Paraibuna-SP: treinamento e calibração.**

*VIEIRA, R.B (FOSJC/UNESP); TEIXEIRA, S.C. (FOSJC/UNESP); ORENHA, E.S. (FOSJC/UNESP); EL ACH-CKAR, V.N.R. (FOSJC/UNESP); CAMPOS, G.E. (FOSJC/UNESP); FERNANDES, R.S. (FOSJC/UNESP); ROS-SONI, R.D. (FOSJC/UNESP); SOUSA, T.C.S. (FOSJC/UNESP)*

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são ferramentas importantes para se conhecer a prevalência e incidência das doenças bucais em uma determinada população e fornecer as informações necessárias para a definição de propostas de intervenção no perfil epidemiológico, bem como avaliar, acompanhar, racionalizar e redimensionar os serviços e os programas em desenvolvimento. Para tanto, é necessário que a equipe de examinadores e anotadores seja ostensivamente treinada e esteja devidamente calibrada para que as informações resultantes sejam confiáveis. Por este motivo a execução de um levantamento epidemiológico se caracteriza como uma excelente oportunidade de aproximação entre a universidade e o serviço pela natureza das atividades envolvidas gerando benefícios mútuos. Após a autorização dos gestores e autoridades do município de Paraibuna, realizamos uma visita à cidade para reconhecimento e definição das condições necessárias e estabelecimento do cronograma de ações. Os alunos do curso noturno 4º e 5º anos

participaram como anotadores e os do 6º ano como examinadores, totalizando 6 duplas. O treinamento da equipe constou de uma etapa teórica em que os índices e metodologia de exame foram apresentados por meio de aula expositiva (16 h) e parte prática para calibração dos examinadores (16h) quanto à utilização dos índices e aplicação de códigos e critérios. Após a apresentação e obtenção do consentimento livre e esclarecido dos responsáveis legais, 20 crianças, de acordo com a faixa etária, foram examinadas pelas 6 duplas e pelo coordenador sendo em seguida realizada a conferência da consistência do diagnóstico e estabelecido um consenso para ser utilizado como padrão de comparação. Foi estabelecido um percentual mínimo de concordância Inter e intra-examinadores em 85% e o valor de 0,65 para o Índice Kappa de Cohen. Decidiu-se então por realizar levantamento da condição de saúde bucal no município de Paraibuna-SP, nas idades de 5 a 12 anos, utilizando-se os índices e metodologia atuais preconizados pela OMS e relatar a importância da 1ª etapa do levantamento, que consiste no treinamento e calibração da equipe de anotadores e examinadores. Com isso, concluímos que esse primeiro contato com o município foi fundamental para sensibilização dos acadêmicos. Do total de 200 itens de Percentual de Concordância e índice Kappa inicialmente calculados para as idades de 6 anos, 7 a 11 anos e 12 anos o percentual de conformidade com os parâmetros estabelecidos foi de 45%, 47% e 28%, respectivamente. Este baixo índice alcançado mostra que há necessidade de continuar e aprimorar o processo de treinamento e calibração revela sua importância para alcançar um nível satisfatório de credibilidade e confiabilidade, necessários a um levantamento epidemiológico.

### **ET05IESC19-Fluoretação das águas em 40 cidades do estado de SP – sete anos de análise.**

*SALIBA, NA (FOA-UNESP); SALIBA, O (FOA-UNESP); SUMIDA, DH (FOA-UNESP); SOUZA, NP (FOA-UNESP); SILVA, MR (FOA-UNESP); CHIBA, FY (FOA-UNESP); MOIMAZ, SAS (FOA-UNESP)*

A fluoretação das águas de abastecimento público é considerada a medida de saúde pública mais eficiente para prevenção da cárie dentária, com destaque dentro da Política Nacional de Saúde Bucal. No Brasil, a lei nº 6050 de 24 de maio de 1974 determina a obrigato-

riedade da fluoretação das águas de abastecimento público em cidades que possuam estação de tratamento da água. Nas décadas de 60 e 70, os esforços visavam à implantação da fluoretação das águas, entretanto, como nos últimos anos o método já está “consagrado” a universidade tem se ocupado em monitorar a concentração dos teores de flúor, visando o estabelecimento de parcerias com os municípios e a garantia de água de qualidade à população. Embora a própria empresa responsável pelo abastecimento de água faça o controle periódico da concentração de flúor, é importante que a universidade, os serviços públicos de saúde e a própria população realize o acompanhamento do processo de fluoretação das águas, constituindo-se assim uma forma de controle social. A Unesp desempenhou papel fundamental na implantação da fluoretação das águas no município de Araçatuba (1972) e de vários outros municípios da região. Em 1994, a partir de convênio com a APCD, a Unesp começou a analisar os teores de flúor das águas de abastecimento público dos municípios da região e, desde 2004, passou a realizar a análise das águas de forma sistemática, contínua e ininterrupta. O objetivo deste trabalho foi analisar os resultados dos teores de flúor nas águas de abastecimento público de 40 cidades do estado de SP, durante 7 anos, com base no documento do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL). Inicialmente foram estabelecidas parcerias com os secretários de saúde, coordenadores de saúde bucal e responsáveis pelo abastecimento público de água dos 40 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde II (SP). A partir da análise dos mapas da rede de distribuição, foram definidos três pontos de coleta para cada fonte de abastecimento de água existente nos municípios. As amostras de água foram coletadas mensalmente, de novembro de 2004 a outubro de 2011, e analisadas, em duplicata, no laboratório do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA-UNESP, utilizando-se um analisador de íons acoplado a

um eletrodo específico para flúor. As amostras de água foram classificadas considerando a melhor combinação risco/ benefício, na faixa de 0,55 a 0,84 mg F/L, para localidades em que as médias das temperaturas máximas se situam entre 26,3°C e 32,5°C, conforme estabelecido pelo documento do CECOL. Foram analisadas 19533 amostras de água, sendo 18847 fluoretadas e 686 não-fluoretadas. Nas amostras provenientes das cidades com água fluoretada, observou-se que 51,57% (n=9720) apresentaram teores de flúor no intervalo que o oferece o benefício máximo na prevenção da cárie e mínimo risco de produzir fluorose dentária (0,55 a 0,84 mg F/L); 30,53% (n=5754) estavam abaixo 0,55 mg F/L e 17,90% (n=3373) estavam acima de 0,84 mg F/L. Verificou-se que apenas 1% das amostras analisadas apresentavam teores de flúor acima de 1,5 mg F/L. A maioria das cidades com água fluoretadas que apresentava amostras de água com teores de flúor acima do parâmetro recomendado possuía poços profundos e mais de uma fonte de abastecimento de água, compondo o sistema de distribuição. Houve variação nos teores de flúor de amostras provenientes do mesmo ponto de coleta e entre diferentes pontos de coleta da mesma cidade, entretanto, convém salientar que as variações foram corrigidas imediatamente após a identificação. A análise e acompanhamento de cada ponto de coleta existente demonstra-se de grande importância, pois pode revelar a deficiência do método em regiões específicas dos municípios, expondo a população de determinadas localidades à cárie ou fluorose dentária. A maioria das amostras de água de cidades com água fluoretada apresentaram teores de flúor dentro do intervalo que proporciona a melhor combinação de risco e benefício, reafirmando a importância do método. O programa de vigilância do teor de flúor nas águas de abastecimento público da Unesp tem contribuído positivamente para que o processo seja realizado de forma segura e confiável, evitando grandes variações nos teores de flúor nas águas e promovendo a integração com os serviços públicos de saúde.

# Eixo 6 – Monitoramento e avaliação de saúde bucal

## ET06MA01-Análise da prevalência por faixa etária e procedência, dos procedimentos endodônticos, realizados no Ceo Central de Ribeirão Preto – SP-2011.

MARQUES, AMJ (SMS-Ribeirão Preto-SP); WATANABE, A (SMS-Ribeirão Preto-SP); MARTELLI, CB (SMS-Ribeirão Preto-SP); PIRES, LRC (SMS-Ribeirão Preto-SP)

A Central de Regulação Odontológica (CRODACA) da SMS/RP foi criada em abril de 2006, e desde então vem sendo responsável pela regulação, agendamento e auditoria das solicitações provenientes da rede, das especialidades odontológicas para as unidades conveniadas e CEO Central. Em 2009 foi elaborado e implantado o Protocolo Clínico e de Regulação Odontológico com objetivo de orientar e ordenar as ações. Tendo a demanda como instrumento de medição, conseguimos perceber que é possível observar com maior propriedade, áreas de estrangulamento. A partir desta percepção, notamos o alcance que o serviço pode ter, no sentido de auxiliar no diagnóstico, organizar a demanda, a oferta de vagas e propor redirecionamento de ações quando necessário. Partindo deste princípio identificamos que uma das áreas de demanda reprimida é a endodontia, com espera para atendimento de 9 a 11 meses, não variando nos últimos 3 anos. Através do levantamento da produção desta área, realizada no CEO Central em 2011, com dados do Sistema Hygia, segundo faixas etárias e procedência, observamos que 46,92% do total dos procedimentos realizados se concentram na faixa de 19 a 60 anos incompletos e que 53,08% nas outras duas faixas analisadas, consideradas pelo serviço como prioritárias, sendo elas os intervalos de 0 a 19 anos incompletos e acima de 60 anos. Esta análise constitui um recurso de valor estratégico para sugerir que, para atender melhor as populações das áreas analisadas, seja necessário um redimensionamento de oferta de serviços, com intuito de avançarmos na consolidação de um modelo de atenção, pautado na Vigilância em Saúde.

## ET06MA02-Análise do levantamento de risco a cárie dentária em uma unidade escolar do município de Nuporanga-SP.

TOLOTI, AAF (SMS-Nuporanga-SP); OLIVEIRA, SMVC (SMS-Nuporanga-SP)

A avaliação de risco tem sido reconhecida como uma importante ferramenta na organização do acesso aos serviços odontológicos oferecidos pelo sistema público. Ela foi uma das estratégias escolhidas para que a atenção básica em saúde bucal pudesse ser prestada com base nos princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade, possibilitando maior concentração dos recursos disponíveis para as camadas da população que mais apresentem risco às doenças bucais, principalmente à doença cárie. No Estado de São Paulo, a utilização da avaliação de risco à cárie dentária foi recomendada inicialmente como critério de organização da demanda de acordo com a publicação Organização das Ações de Atenção Básica em Saúde Bucal de 2001. Posteriormente, foi regulamentada como critério pela Resolução SS-159 de 23 de maio de 2007. O presente estudo teve como objetivo analisar os dados coletados em uma avaliação de risco realizada em uma escola pública do município de Nuporanga -SP, entre escolares de 5 a 12 anos e descrever as reais necessidades de tratamento individual e de aplicação das ações coletivas encontradas nessa população. Os resultados mostraram que 60% dessa população apresenta alto risco em relação à cárie dentária, 25% apresenta risco moderado e 14% apresenta baixo risco à cárie. Foi observado, ainda, que 40% das crianças examinadas apresentaram necessidade de intervenção individual realizada por cirurgião dentista em ambiente de consultório, enquanto os 60% restantes apenas necessitam de ações coletivas, passíveis de serem realizadas por pessoal auxiliar. Os dados coletados permitem concluir que aproximadamente 60% da população classificada como sendo de alto risco não apresenta nenhuma lesão de cárie ativa, ou seja, sua classificação para alto risco se deve ao fato dessa população possuir o item “placa visível”, que pode ou não estar associado à cárie crônica

ou histórico de dente restaurado, mas que por si só, de acordo com os critérios para realização do levantamento de risco, já classificam o indivíduo como estando em uma situação de alto risco. Entre a população de risco moderado, observou-se maior prevalência da característica “história de cárie tratada” do que “cavidade crônica”. A análise dos dados encontrados mostra que a aplicação das ações coletivas com base na avaliação de risco, principalmente a escovação supervisionada, a fluoroterapia e a educação em saúde são de grande importância, uma vez que conseguiria reverter, de forma não invasiva e com baixo custo, o perfil epidemiológico de risco dessa população em relação à cárie dentária. A cobertura total e o acesso ao tratamento individual existentes no município por meio das unidades escolares podem ser considerados uma das razões pelas quais mais da metade dessa população não apresentava, no momento do exame, a necessidade de intervenção individual em consultório. Esse resultado demonstra a importância de que o serviço, baseado nos índices positivos já alcançados nos últimos anos por meio dos investimentos realizados com enfoque de aprimoramento da estrutura para assistência individual curativa, possa, a partir de então, pensar como uma das suas prioridades, no investimento maciço para aplicação sistematizada de ações coletivas, realizadas sob o enfoque do risco individual. Observando que as medidas educativas e preventivas têm uma ação cumulativa, conclui-se que uma vez alcançado o controle de placa adequado na infância, a porcentagem de indivíduos de baixo risco seria elevado significativamente e este padrão poderia ser incorporado ao seu perfil de saúde por toda a sua vida.

### **ET06MA03-Relação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e perfil socioeconômico em pré-escolares.**

*OLIVEIRA, AN (FOB-USP); XAVIER, A (FOB-USP); SILVA, RPR (FSL); MARCANDAL, GG (FOB-USP); CALDANA, ML (FOB-USP); BASTOS, JRM (FOB-USP)*

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares e o perfil socioeconômico das famílias no município de Porto Velho, Rondônia. A amostra foi constituída por 210 pré-escolares entre 3 e 5 anos de idade de ambos os gêneros. Para avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida foi utilizado o

questionário ECOHIS, validado no Brasil. Para a avaliação do perfil socioeconômico das famílias foi adotada a metodologia de Graciano (1980). A análise estatística foi efetuada descritivamente por meio de frequências absolutas e relativas e foi utilizado o teste de correlação de Spearman ( $p < 0,05$ ). Com relação ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi encontrado baixo impacto, sendo o domínio limitações funcionais (1,10) o que apresentou maior expressividade na subescala da criança e na subescala da família o domínio de maior expressividade foi a angústia dos pais (0,48). Em relação ao perfil socioeconômico das famílias, 44,29% das famílias recebiam menos de 2 salários mínimos, 32,86% apresentaram ensino médio incompleto e 59,50% possui residência própria, contudo, 97,10% dos domicílios são abastecidos por fossas sépticas. Foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a renda ( $p = 0,011$ ) e a escolaridade ( $p = 0,025$ ) com a qualidade de vida. Observou-se baixa influência da saúde bucal na qualidade de vida dos pré-escolares pela percepção dos pais, contudo verificou-se que os fatores renda e escolaridade dos pais demonstraram relação significativa com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças.

### **ET06MA04-O Absenteísmo nos Centros de Especialidade Odontológica: um desafio na gestão do Sistema Único de Saúde.**

*AYACH, C (FOA-UNESP); MOIMAZ, SAS (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP)*

A interação da atenção básica com a média complexidade e o absenteísmo no atendimento tem sido de grande interesse na gestão da saúde. Nesta pesquisa objetivou-se avaliar o acesso e as faltas no serviço especializado odontológico. É um estudo epidemiológico de série histórica, retrospectivo e quantitativo, utilizando dados da central de regulação do município de Aquidauana, MS, quanto ao número de vagas disponibilizadas e o número de faltas que ocorrem no agendamento da primeira consulta nos anos de 2008 a 2010. Foram disponibilizadas 10,852 vagas, destacando que foram agendadas 7.313 (67%) consultas, sendo 1933 (71%) em 2008; 2854 (87%) em 2009 e 2526 (52%) em 2010. Houve um aumento de faltas na primeira consulta de 23 % em 2009 para 33 % em 2010. Conclui-se que as vagas na atenção secundária não estão sendo plenamente utilizadas ou por não agendamento ou por absenteís-

mo. Há necessidade de melhoria na comunicação, na motivação do usuário e na interação da atenção básica com os centros de especialidades odontológicas para obtenção de uma melhor resolutividade nos serviços de saúde.

### **ETo6MAo5-Impacto do tratamento odontológico na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares.**

*LISBOA, CM (FOP-UNICAMP/SMS-Piracicaba-SP); PAULA, JS (FOP-UNICAMP); SARRACINI, KLM (FOP-UNICAMP); MIALHE, FL (FOP-UNICAMP)*

O objetivo do presente estudo longitudinal foi avaliar o impacto do tratamento odontológico na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) entre escolares. Em uma amostra aleatória foram examinados e divididos em dois grupos escolares de 8 a 10 anos: 1) presença de cárie e 2) livres de cárie. As informações relativas à QVRSB foram obtidas por meio da aplicação do questionário Child Perceptions Questionnaires - CPQ<sub>8-10</sub>. Para avaliar o impacto longitudinal do tratamento odontológico na QVRSB dos escolares, o instrumento CPQ<sub>8-10</sub> foi reaplicado 4 semanas após o final do tratamento. Análise estatística foi realizada usando testes não paramétricos de Wilcoxon para as duas variáveis dependentes (grupos teste e reteste) e Mann-Whitney para variáveis independentes (grupos teste/reteste e livres de cárie). Foi observado que os domínios Sintomas Orais, Limitações Funcionais, Bem-estar emocional e social, além do escore total do CPQ<sub>8-10</sub> ( $p < 0.0001$ ) apresentaram significativa diferença quando comparou-se o grupo teste com o controle (livres de cárie). Além disso, foi verificado melhores significativas ( $p < 0.0001$ ) na média dos domínios e do total no CPQ<sub>8-10</sub> no grupo de escolares que receberam tratamento odontológico. Os resultados permitem concluir que o acesso ao tratamento odontológico exerce impacto positivo na QVRSB de crianças com presença de cárie. As políticas públicas de saúde devem, portanto, focar os esforços na prestação de cuidados equitativos para a população.

### **ETo6MAo6-Monitoramento gerencial e otimização do CEO Centro-III e Norte-II, São José do Rio Preto (SJRP)-SP, 2006 -II.**

*AMARAL, HAAG (SMS-CEO-São José do Rio Preto-SP)*  
O CEO Centro tipo III é referência para 280 mil habitan-

tes e o CEO NORTE II para 140 mil. Os dois dão suporte a 25 Unidades de Saúde, escolas creches e entidades da Atenção Básica (AB). Com equipe desmotivada, sucateada e agendamento longo por maus encaminhamentos, assume a gerência técnica em 2006 para melhorar o acesso à integralidade; diminuir o agendamento; melhorar a oferta e a qualidade do atendimento. O objetivo era reorganizar o sistema de referência e o banco de dados, através de instrumentos gerenciais de controle e monitoramento, implantar o Protocolo CEO, combater o absenteísmo com discussões em equipe para maior resolutividade. Avaliando investimentos e perfil profissional, implantando agendamento diário/escalonado; perícias antes canais; vagas Over-booking; encaixes diários faltas/lista de contatos/recepção; orientações/atraso permitido; mapas diários de produção; registro dos atendimentos e procedimentos; livro triagem/cadastro; cotas prótese/Unidade; registro testes químicos e biológicos; carta conduta nas contraindicações e nos Tratamentos completados (TC); com estatísticas e gráficos de produção discutidos em reuniões equipe mensais do: total de consultas; dias trabalhados; total e tipo Próteses/faixa etária; procedimentos/profissional CEO geral e parametrizados; atendimento médio; consultas iniciais (CI); tratamentos completados (TC); consumo de materiais; canais obturados-(CO)/faixa etária; canais, uni, bi e trirradiculares/ profissional; faltas agendadas e pesquisa de satisfação anexadas no cartão de retorno monitoradas trimestralmente. Capacitações e articulação com AB; criação da notificação de contraindicação com: nome da unidade, profissional e os itens devolutivos; envio quinzenalmente da contra-referência via malote. Em 2011: número de avaliações de lesões; tubetes anestésico; vagas ofertadas e agendadas e informatização: recepção; pasta de gestão; monitoramento on-line, controle de estoque; pedido de materiais (SICON); agendamento (SISS): usando como modelo a agenda manual e especificidades por códigos dos procedimentos e faturamento preparado já individualizado com CID (portaria 380 MS). Os dados de 2006 a 2011 mostram a reorganização da referência com aumento de 38% na oferta de consultas; 88% de CO; 23% nos procedimentos CEO geral e 35% nos parametrizados, com diminuição do agendamento de 4 a 12 meses para 7 a 15 dias entre as especialidades. Ocorreram 20.317 dias trabalhados; 109.753 consultas especializadas com 8.646 de PPNE; 43.444 CI; 36.401 TC; 14.417 CO; 381.384 procedimentos CEO

geral com 131.540 parametrizados ou média de 21.923 procedimentos/ hab/ ano (índice 0.005-portaria1101), considerando a população de 420.000 mil habitantes e 4.059 próteses entregues desde 2008. As pesquisas avaliadas indicam um alto grau de satisfação e excelência nos atendimentos. Conclusão: A visão gerencial na implantação de instrumentos de avaliações sistêmicas de monitoramentos, foram fundamentais para reorganização e planejamento das ações com maior resolutividade, que aliados ao entendimento e a sensibilização da Equipe e o apoio da Atenção Especializada e da AB na implantação dos Protocolos, melhoraram a qualidade e o acesso, otimizando a integralidade e o agendamento do CEO Centro e Norte.

### **ET06MA07-Avaliação da resolutividade em saúde bucal na atenção básica e secundária comparando os modelos de atenção existentes no município de Marília-SP.**

*BULGARELI, JV (FOP-UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP)*

A resolutividade dos serviços de saúde é uma forma de avaliação a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário e, segundo a OMS, um serviço que é “porta de entrada” do sistema de saúde, o qual deveria ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar a resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica e secundária do município de Marília-SP durante o período de 2007 a 2009, através do indicador de acesso ao Tratamento Odontológico Inicial (TI), o percentual de cobertura populacional em Tratamento Completado Inicial (TCI) e informações referentes à atenção secundária, com vistas à identificação de qual modelo de atenção, Estratégia Saúde da Família (ESF) ou modelo tradicional instituído nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresenta maior eficácia em relação às necessidades em saúde bucal da população. Trata-se de um estudo ecológico do tipo retrospectivo com uma amostra aleatória estratificada de 50% do universo da área de estudo para as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37% das 29 Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Marília, sendo sorteadas aleatoriamente 6 UBSs e 11 USFs, respectivamente. Os dados coletados para observação foram levantados através dos relatórios gerenciais dos sistemas de informação, SIAB (Sistema de Informação

da Atenção Básica), Relatório de Avaliação de Saúde Bucal, Departamento de Coordenação de Saúde Bucal e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo cada unidade de saúde selecionada na amostra. Para analisar a resolutividade dos diferentes modelos de atenção à saúde foi aplicado o teste t de Student. Em relação aos dados das especialidades do CEO, aplicou-se o teste de Mann Whitney. De acordo com os dados estatísticos dos indicadores da atenção básica (TI e TCI), percebeu-se que as USFs atingiram mais que 80% de resolutividade e as unidades básicas do modelo tradicional obtiveram em média 40%. O percentual de agendamentos e demanda reprimida da especialidade de endodontia foi superior para a USF. Independente do modelo organizacional (UBS / USF) os dados referentes às especialidades do CEO são, de forma generalizada semelhantes, não havendo diferença estatística, no que se refere a acesso, faltas, abandono e resolutividade. Conclui-se que o modelo USF apresentou maior resolutividade em comparação ao modelo UBS, sendo importante avaliar os modelos assistenciais de saúde bucal com a finalidade de orientar o planejamento e a execução de ações indispensáveis para a construção de uma odontologia pública mais resolutiva, de maior eficácia e qualidade, concretizando para a população os princípios do SUS.

### **ET06MA08-Relato da organização da agenda de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família – USF Carlina - Mauá-SP.**

*PRADO, LMVP (SMS-Mauá-SP); WATANABE, KVN (SMS-Mauá-SP); VASCONCELOS, EM (Preceptorial-SPDM)*

O objetivo deste trabalho é apresentar uma forma de organização da agenda da Equipe de Saúde Bucal no atendimento realizado na Estratégia Saúde da Família. O sistema de atendimento utilizado na Estratégia Saúde da Família pelas Equipes de Saúde Bucal deve ser voltado à promoção da saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção. Recomenda-se a utilização de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população em uma área adscrita, e a Equipe de Saúde Bucal deve ter condições de avaliar a assistência oferecida, visando obter a perspectiva de tempo para se conseguir um “giro assistencial” de forma efetiva e resolutiva. Faz-se necessário um criterioso registro

dos procedimentos realizados. Concluimos que os registros de atendimento, riscos familiares, controle de TI (tratamentos iniciados), TC (tratamentos concluídos), índices de absenteísmo, entre outros, organizam a rotina do trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. O monitoramento e a avaliação desses dados estimulam as equipes, comprovando a necessidade de atendimento a determinado grupo populacional, assim como possíveis adequações no processo de trabalho preconizado.

## **ET06MA09-Números de implantação da saúde bucal na estratégia saúde da família no estado de São Paulo.**

*GRIGOLETTO, MVD (SMS/S.Paulo/APS Santa Marcelina); ABREU, SCC (SMS/S.Paulo/APS Santa Marcelina); CAMPOS, FL (SMS/S.Paulo/APS Santa Marcelina); MARTINS, JS (SMS/S.Paulo/APS Santa Marcelina); BOURGET, MM (SMS/S.Paulo/APS Santa Marcelina)*

O Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), chega em 2012 com a Estratégia Saúde da Família (ESF) atuante em 5.278 municípios. Estruturada como uma forma de reorganizar a atenção básica desde 1994, a ESF vem se consolidando como o principal modelo de atenção e assistência às necessidades básicas de saúde da grande maioria das cidades brasileiras espalhadas por todos os estados da Federação. São ao todo 32.498 equipes implantadas até janeiro de 2012, atingindo 53,75% da população nacional. No estado de São Paulo, até fevereiro de 2012, estavam implantadas 3.615 equipes, em 506 municípios, ou 78,4% do total. Com relação a saúde bucal, os números são mais modestos. No Brasil, são 21.384 equipes de saúde bucal (ESB) em 4.872 municípios e no estado de São Paulo são 1.669 equipes implantadas em 400 municípios (62,0%). Com relação à modalidade das ESB, 90,2% das equipes são de modalidade I, acima da média da região sudeste que é de 83,4%, indicando a não priorização da presença dos Técnicos de Saúde Bucal (TSB) nas equipes. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os números de implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado de São Paulo, baseou-se nos dados disponíveis pelos sistemas de informações nacionais do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), Departamento da Atenção Básica (DAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os resultados principais mostraram que as ESB do estado representaram em 2011, apenas 7,69% do total de ESB do Brasil. Ao final do mesmo ano no estado, a relação ESB por ESF foi de 0,46 equipes de saúde bucal para cada equipe da Estratégia Saúde da Família contra 0,65 na mesma relação para o Brasil. A análise dos dados apontou que apesar dos avanços com relação ao número de implantação de equipes de saúde bucal no estado, é necessário um esforço maior por parte dos municípios em habilitar ESB na mesma proporção das equipes da ESF, assim como priorizar a presença do TSB na configuração da modalidade da ESB, possibilitando assim, a melhora na qualidade da assistência e aumento na cobertura das ações.

## **ET06MA10-Associação entre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e a prevalência de cárie dentária nas capitais brasileiras.**

*SILVA, MAS (FOB-USP); LAURIS, JRP (FOB-USP); MENDES, HJ (FOB-USP); MENDES, AB (FOB-USP); COELHO, TRF (FOB-USP); XAVIER, A (FOB-USP); BASTOS, JRM (FOB-USP); PINTO, ECH (FOB-USP); MOLIN, S (FOB-USP); HONÓRIO, HM (FOB-USP); BASTOS, RS (FOB-USP)*

O quadro epidemiológico brasileiro expressa a persistência de importantes desigualdades socioculturais, econômicas e políticas; e vários estudos comprovam o impacto destes determinantes sociais na saúde bucal. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é um indicador que permite comparar o padrão de vida dos núcleos sociais e se baseia em três critérios: educação, renda e longevidade, tem forte correlação com a maioria dos indicadores de saúde, demonstrando que as doenças são produtos das condições e qualidade de vida. Sabendo-se que a experiência de cárie dentária também tem determinação social e é susceptível a essas desigualdades, o presente estudo visa verificar a correlação entre IDH-M e CPO-D das 27 capitais brasileiras. O valor do IDH-M/2000 foi obtido junto ao web site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e os indicadores de prevalência de cárie compilados do relatório final da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Os dados utilizados foram organizados em planilhas EXCEL versão 2010 e analisados pelo programa SigmaPlot 12.0. Para ana-

lisar a correlação entre as duas variáveis foi utilizado o coeficiente de Spearman. Os resultados mostraram que os fatores determinantes da qualidade de vida refletidos no IDH-M são estatisticamente correlacionados com a prevalência de cárie dentária nas capitais dos estados brasileiros nas idades de 05 ( $r=-0,58$ ;  $p<0,01$ ), 12 ( $r=-0,69$ ;  $p<0,01$ ) e 15 a 19 ( $r=-0,62$ ;  $p<0,01$ ) anos. Essa correlação negativa significativa entre os municípios com maior IDH-M espera-se encontrar menor CPO-D. Tal correlação é, possivelmente, mais importante que muitos fatores de risco associados à cárie apresentados na literatura odontológica. O presente estudo procurou demonstrar que a determinação social da doença cárie dentária, tem uma grande contribuição a dar para o entendimento da saúde bucal, e os dados apresentados apontam para uma provável relação entre Desenvolvimento Humano e qualidade de vida com saúde bucal.

### **ET06MA11-As práticas de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Bauru-SP: dificuldades e desafios.**

*MATOS, PES (FOB-USP); PINTO, RO (FOB-USP); SALES PERES, SHC (FOB-USP)*

Este estudo teve como objetivo compreender as práticas de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município de Bauru, por meio da percepção dos sujeitos que compõem este cenário. Trata-se de uma pesquisa com abordagem essencialmente qualitativa, com uma amostra de caráter multiprofissional acrescida da figura do usuário do sistema de saúde, constituída de 2 grupos: 25 profissionais de saúde e 10 usuários do serviço. Foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, sendo que a análise das informações colhidas seguiu o método de análise de conteúdo. Os resultados revelaram que as equipes de saúde bucal em questão ainda apresentam deficiências no processo de organização da assistência odontológica, principalmente no que se refere ao atendimento da demanda por tratamento clínico, onde foi possível constatar queixas por parte dos usuários. Além disso, foi percebida a dificuldade no desenvolvimento das práticas do acolhimento e vínculo por parte da equipe de saúde bucal. O quadro apresentado revelou que o processo de trabalho das equipes de saúde bucal ainda não está definido e fortalecido o suficiente para conseguir transformar as práticas. Existe uma necessidade de mudança nas práticas da

odontologia na esfera do SUS, de maneira que as ações de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família tenham resultados definitivamente impactantes.

### **ET06MA12-Percepção e conhecimento da população de Ribeirão Preto sobre saúde bucal e acesso ao serviço público odontológico.**

*SILVA, VO (UNAERP); SILVA, SRC (UNAERP/FOAR-UNESP); FLORIAM, LJ (UNAERP)*

O conhecimento e percepção do indivíduo sobre sua saúde, métodos de prevenção de doenças e o acesso aos serviços públicos de saúde são de grande importância para o profissional da saúde se orientar quanto às suas estratégias de promoção e melhoria da qualidade de vida da população. A Odontologia, tradicionalmente, prioriza a utilização de recursos clínicos para diagnosticar as condições de saúde bucal. Esses, entretanto, acabam sendo limitados, por não informarem o impacto que a condição bucal pode gerar na qualidade de vida dos indivíduos. Este trabalho teve por objetivo estudar a auto-percepção de saúde bucal de indivíduos adultos de Ribeirão Preto e do seu acesso ao serviço público municipal odontológico. Os participantes da pesquisa foram escolhidos de maneira aleatória na Praça XV de Novembro de Ribeirão Preto e entrevistados por meio de um questionário de múltipla escolha. Dentre os resultados por nós observados, pode-se ressaltar que 49% destes indivíduos nunca utilizaram o serviço odontológico público municipal e entre os que utilizaram, 39% consideraram este serviço bom. Noventa e oito por cento relataram que escovam os dentes por 3 ou mais vezes ao dia, porém, 18,0% afirmaram que nunca receberam instruções sobre escovação dental do cirurgião-dentista. Sobre os cuidados para prevenção de câncer bucal, 51,7% nunca receberam qualquer orientação e 56,3% desses indivíduos não tinham conhecimento de como realizar o auto-exame para prevenção do câncer bucal. Quanto à percepção sobre seu sorriso, 66,8% se diziam satisfeitos, enquanto 33,2% não se sentiam satisfeitos. Acredita-se que estes dados possam servir de subsídios para o cirurgião-dentista conhecer melhor a população em que atua, em especial as suas necessidades educacionais e assim incentivá-la a ter uma atuação mais efetiva na promoção de saúde e controle das doenças bucais.

## **ET06MA13-Avaliação das necessidades protéticas em usuários do IPGG-José Ermírio de Moraes.**

*YATSUDA, RA (IPGG-São Paulo-SP)*

É sabido que, com o avanço da idade, existe a diminuição das funções biológicas e fisiológicas, bem como maior frequência da manifestação de enfermidades e disfunções em todo organismo. Juntamente com este quadro, existem alterações psicológicas, que podem provocar uma diminuição da auto-estima e dos relacionamentos sociais. A saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o seu comprometimento, como nos casos de edentulismo, pode afetar negativamente o nível nutricional, o bem estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa. As Campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, no IPGG, têm apresentado bons índices de comparecimento da população. O objetivo deste estudo foi determinar as necessidades protéticas dos usuários que participaram da Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia-IPGG-José Ermírio de Moraes. Em 2011, em sintonia com a campanha de vacinação do idoso, a SES-SP realizou a campanha de prevenção do câncer bucal, onde os idosos submetiam-se ao exame bucal, no momento em que procuravam as unidades de saúde para serem vacinados. Durante estas atividades, realizadas no Núcleo de Saúde Bucal do IPGG, localizado no município de São Paulo, selecionamos aleatoriamente 512 idosos, convidados a participarem voluntariamente desta pesquisa. Foi realizado pelo cirurgião-dentista o exame preventivo para câncer bucal, seguido pela avaliação da necessidade protética, onde o idoso apresenta ausência de dentes sem utilizar uma prótese, ou utiliza uma prótese em má condição e necessita da confecção de uma nova prótese. Os idosos com necessidade protética foram orientados a procurarem as unidades de saúde mais próximas de suas residências, e sendo o IPGG a unidade mais próxima, eram agendados para a consulta de acolhimento odontológico em nosso Núcleo de saúde bucal. Para a análise da necessidade protética de nossos usuários, os dados obtidos foram classificados em arcadas superiores e inferiores, divididas pelo sexo e pelo tipo de necessidade (prótese total-PT, prótese parcial removível – PPR, ou sem necessidade

protética). Do total das arcadas, 63% apresentaram necessidade protética. As mulheres corresponderam a 69% dos avaliados. Dentro do total de suas arcadas com necessidade protética, nas inferiores 31% necessitaram PPR e 23% PT, nas superiores 15% PPR e 31% PT. Já nos homens, suas necessidades protéticas foram, nas arcadas inferiores, 31% PPR e 23% PT, nas superiores 18% PPR e 28% PT. Podemos concluir com este estudo que o edentulismo, seja ele parcial ou total, está presente em uma parcela significativa da população idosa de nosso município, e deve merecer atenção por parte de toda a equipe de profissionais da área da saúde, envolvidos na assistência geriátrica. A Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal pode ser uma ferramenta importante para futuros levantamentos epidemiológicos em nosso município.

## **ET06MA14-Saúde bucal: limitações e desafios na avaliação de ações educativas na primeira infância.**

*ARAÚJO,SS (APS SANTA MARCELINA-SMS-São Paulo-SP); JUNQUEIRA,CR (FOUSP)*

No PSF (Programa de Saúde da Família), a educação em saúde é uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Mudar comportamento através de ações educativas e preventivas é um desafio para os trabalhadores da saúde, pois requer muito mais que conhecimento técnico científico, requer uma abordagem capaz de sensibilizar e promover saúde, considerando os determinantes do processo saúde e doença. O estudo tem por objetivo explorar a literatura, afim de, analisar os resultados de ações educativas em saúde bucal, voltadas para a criança na primeira infância. A metodologia utilizada foi Revisão Bibliográfica da Literatura compreendida entre os anos de 2000 e 2011. As bases de dados indexadas consultadas foram COCHANE, BBO, LILACS E MEDLINE e SCIELO. Foram selecionadas para análise 03 ensaios clínicos controlados, 11 artigos científicos e 01 tese. Os principais resultados foram que todas as ações e programas em saúde bucal voltados para esse público alvo requerem reforço contínuo, que é importante sensibilizar os cuidadores para práticas mais saudáveis, que a atenção à gestante é uma importante estratégia para diminuir a cárie na primeira infância e que ações educativas que permeiam o vínculo e a

afetividade são mais resolutivas. Conclui-se que a avaliação de ações em saúde não é tarefa fácil e que os principais desafios a serem vencidos para melhorar a efetividade das ações é a inserção verdadeira da odontologia nas equipes de Saúde da Família e a disposição dos profissionais nas equipes de Saúde da Família para o trabalho multiprofissional.

### **ET06MA15-Análise da adesão à triagem odontológica em dezembro/2009 e junho/2010 da UBS Jardim das Palmas.**

*BORCHARDT, D (HIAE-SP-SP); PULITI, E (HIAE-SP-SP); SANCHEZ, TP (HIAE-SP-SP)*

Com o objetivo de identificar a baixa adesão à triagem realizada em dezembro de 2009 (20,8% de comparecimento) na comunidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim das Palmas, Campo Limpo, CRS Sul, implementamos medidas para diagnóstico situacional, com a pretensão de aumentar a adesão na triagem de junho de 2010 ao percentual de 25. Identificamos como possíveis causas do baixo comparecimento à triagem anterior: triagem realizadas em época de festas e férias; Agentes Comunitárias de Saúde não capacitadas quanto ao fluxo da triagem odontológica, equipamentos da UBS com constante necessidade de manutenção; exigência de comparecimento da população em dias e horários rígidos e pré-definidos. Como plano de ação, a Equipe de Saúde Bucal, aliada à Equipe de Saúde da Família, elaboraram estratégias com diferentes abordagens, tais como: capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao funcionamento da triagem odontológica; não realização das triagens em épocas de festas e férias; requerimento de plano de manutenção preventiva para os equipamentos odontológicos; maior maleabilidade quanto aos dias e horários de comparecimento da população; divulgação do fornecimento de declaração de comparecimento aos usuários. O indicador da adesão consiste na avaliação do número de pacientes convocados relacionado ao número de pacientes que compareceram à triagem odontológica. Mesmo com a implantação das novas estratégias, o índice de presença da triagem de junho de 2010 atingiu 21,3%, não alcançando-se a meta desejada de 25%. Mesmo não havendo incremento significativo no número de pacientes presentes na segunda triagem odontológica, em junho de 2010, continuamos com o

processo de capacitação dos ACS, para que, entendendo nosso fluxo de funcionamento, eles possam repassar as informações à comunidade, aumentando assim nosso percentual de adesão. A familiarização da comunidade com o fluxo da unidade como um todo é um processo que acreditamos que se fortalecerá com o passar do tempo e do reconhecimento dos serviços prestados pela unidade. A manutenção preventiva requerida pela nossa equipe foi conseguida e temos uma empresa responsável por esses serviços que devem dar uma resposta à solicitação em 24 horas.

### **ET06MA16-Promoção de saúde para gestantes: avaliação do impacto de um programa de atenção odontológica.**

*GARBIN, CAS (FOA-UNESP); ROCHA, NB (FOA-UNESP); SANTOS RR (FOA-UNESP); HIDALGO, LRC (FOA-UNESP); WAKAYAMA, B(FOA-UNESP); MOIMAZ SAS (FOA-UNESP)*

A avaliação de serviços de saúde consta na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, em 2008. É de fundamental importância o conhecimento da eficácia programas, intervenções e serviços de saúde, para verificação de metas atingidas, qualidade e necessidade de reorganização. O aleitamento materno exclusivo é preconizado até os seis meses de idade pela OMS, UNICEF e Ministério da Saúde. Essa prática de alimentação é essencial para a sobrevivência, desenvolvimento, saúde e nutrição das crianças, porém, no Brasil, ainda é baixa taxa de bebês amamentados. De encontro às necessidades de fomentar esta prática o programa de “Promoção de saúde bucal para gestantes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Araçatuba-SP”, tem como uma das suas principais vertentes o incentivo ao aleitamento materno, como forma de promoção de saúde do binômio mãe-filho. O Programa está em atividade há 14 anos, e é desenvolvido pela área de Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, com o apoio e parceria da Prefeitura Municipal de Araçatuba- SP, promovendo atenção integral a saúde bucal, com atividades preventivas e educativas, às gestantes inscritas no SIS Pré-Natal das 11 Unidades Básicas de Saúde do município. As atividades educativo-preventivas são realizadas por meio de reuniões didático-pedagógicas, sobre temas relacionados à saúde bucal, dieta alimentar,

incentivo ao aleitamento materno, além do atendimento odontológico às gestantes. O objetivo deste trabalho foi analisar a percepção e a prática do aleitamento materno de gestantes participantes do programa e comparar com um grupo de gestantes não participantes, possibilitando avaliar o impacto das ações realizadas pelo programa. Realizou-se um estudo transversal, quanti-qualitativo, retrospectivo, que foi realizado por meio de entrevistas com 2 grupos de mulheres. O Grupo I composto por 56 mulheres que participaram do programa no período de 2006 a 2010, com filhos de 6 meses a 36 meses, e Grupo II com o mesmo número de mulheres, com características socioeconômicas semelhantes, de mesmo grupo etário, porém que não tiveram nenhuma participação no programa. Foi utilizado um questionário semiestruturado, com as seguintes variáveis de estudo: condição socioeconômica, percepção e práticas do aleitamento, período de amamentação, causas do desmame, alimentação complementar entre outras. As entrevistas aconteceram nos domicílios, por apenas um examinador, previamente calibrado. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software *Epi Info*, para investigar associações entre as variáveis (teste do qui-quadrado e Fisher). Nas questões abertas foi utilizado o método de categorização de conteúdo. A análise bivariada mostrou associação estatisticamente significativa entre participar do programa e amamentar os filhos. As mulheres que participaram do programa tem mais conhecimento sobre as vantagens que amamentação traz a mães e bebês. A taxa de amamentação do Grupo I (96,4%) foi maior que o Grupo II (80,4%) ( $p=0,007$ ). Da mesma forma, no grupo I a frequência de mães com dificuldades de amamentação foi menor (28,6%) que no grupo II (34,7%). Em relação ao tempo de amamentação ideal o grupo I (64,3%) mostrou ter conhecimento semelhante ao grupo II (67,9%), entretanto no grupo II as mulheres relatavam que não deveriam mais amamentar seus filhos após os seis meses. Os dois grupos de mulheres relataram como principal benefício do aleitamento materno para o bebê a imunidade. O principal benefício para as mães no grupo I foi o vínculo materno e o grupo II relatou não ter qualquer benefício. As mães do grupo I responderam que a idade da criança foi o principal motivo do desmame, já para o grupo II foi à volta ao trabalho. Conclui-se que as atividades de educação em saúde foram eficazes no incentivo e desmitificação de crenças sobre o aleitamento materno.

## **ET06MA17-Critérios de risco e vulnerabilidade na agenda de cuidados contínuos/programáticos, Suzano, em 2011.**

CARVALHO, MAC (ESF-Suzano-SP); VASCONCELOS, EM (SPDM-São Paulo-SP); OSAKO, R (ESF-Suzano-SP)

Observou-se nas duas últimas décadas uma mudança do perfil epidemiológico da cárie dentária, principalmente em crianças. Verificou-se também nestas pesquisas de base populacional que a redução não foi uniforme, sendo que crianças e famílias expostas a privações econômicas e sociais apresentaram maior prevalência de agravos; assim sendo, a incorporação de critérios de risco no diagnóstico e no tratamento das necessidade é fundamental para agilizar ações e otimizar recursos, assim como a avaliação do risco individual para doenças bucais é instrumento valioso na organização dos serviços. Considerando os determinantes socioeconômicos e culturais do Processo saúde-doença e a integralidade das ações, é fundamental o risco para o planejamento. A identificação do risco facilita a organização da demanda e potencializa o acesso aos serviços de Saúde Bucal. Um conceito fundamental para o planejamento de ação em saúde é a ideia de risco, portanto fatores de risco são atributos de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais. Esse grupo exposto aos riscos reúne características que possibilitam o desenvolvimento de determinado agravo, mas não o condicionam. No município de Suzano- SP, no segundo semestre de 2011, previamente com a classificação do risco e vulnerabilidade social das famílias cadastradas (Escala Coelho), realizamos a triagem odontológica em 73 famílias cadastradas (10 famílias por microárea) distribuídas na seguinte ordem: 50% (R3) Alto risco, 20% (R2) Médio risco, 20% (R1) Baixo risco e 10% (NC) Baixíssimo risco social. Como resultante neste estudo, obtivemos 47% abstinências das famílias convocadas, onde 71% dos usuários foram diagnosticados como de Alto risco para a cárie dentária, doença periodontal e alterações em tecidos moles. A avaliação do risco em Saúde Bucal é uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações coletivas e de assistência, propiciando assim a equidade na Atenção em Saúde.

## ET06MA18-Relação entre risco à cárie dentária e variáveis socioeconômicas e demográficas em usuários da ESF em Amparo-SP.

COIMBRA; MB (SMS-Amparo-SP)

Os objetivos principais desta pesquisa foi avaliar a influência das variáveis socioeconômicas e demográficas no CPOD e na classificação de risco à cárie dentária entre adultos e idosos das Unidades de Saúde da Família no município de Amparo-SP. A amostra contou com 109 indivíduos nascidos até 1989 e que tinham concluído o último tratamento odontológico em 2003 com nova avaliação clínica em 2010. Os critérios de risco à cárie utilizados foram os propostos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Para verificar a associação entre as variáveis dependentes (risco e CPOD) com as independentes (idade, renda, número de pessoas na família, grau de instrução, habitação, posse de automóvel, orientação profissional, acesso aos serviços de saúde e motivo da consulta) utilizou-se análise bivariada pelo teste de Qui-quadrado. Em seguida realizou-se regressão múltipla de Poisson. Observou-se um aumento significativo no CPOD médio em todos os grupos etários, entre os anos de 2003 e 2010. Em relação ao risco à cárie dentária, 49 indivíduos se mantiveram ou migraram para o risco moderado, 55 permaneceram no alto risco e 5 migraram do risco moderado para o alto risco. Observou-se associação significativa entre o risco à cárie com o índice CPOD, o acesso aos serviços e o motivo da consulta. Os indivíduos que tiveram acesso aos serviços privados apresentaram menor risco de desenvolverem aumento de CPOD do que aqueles sem acesso. O acesso ao serviço odontológico privado reduziu o risco de aumento no índice CPOD. A experiência anterior de cárie, representada por maiores valores de CPOD, influenciou o risco atual de cárie nessa população. Pode-se concluir que a adoção de instrumentos de avaliação de risco é estratégica na organização do acesso equânime dos usuários às ações de atenção em saúde bucal. No entanto, para garantir a manutenção da saúde bucal dos indivíduos, com ênfase aos mais vulneráveis é fundamental a inclusão de cuidados longitudinais na Política de Saúde Bucal no município.

## ET06MA19-A relação da doença periodontal como fator de risco para a prematuridade e baixo peso e a influência do tratamento periodontal em gestantes na prevenção deste fator de risco: Revisão sistemática.

ROCHA, AL (Parceria Albert Einstein, SMS - Campo Limpo - SP); BARBIERI, W (Parceria Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); PERES, SV (Parceria Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); PALACIO, DC (Parceria Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); BALDUSCO, TT (Parceria Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); CHRISTIANO, CC (Parceria Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP); PEREIRA, CB (Parceria Albert Einstein, SMS - São Paulo-SP)

O nascimento de bebês prematuros de baixo peso constitui um problema de saúde pública devido ao elevado custo, pois estes necessitam de cuidados em unidades de terapias intensivas; além de apresentar alta taxa de mortalidade e morbidade. A dificuldade no seu controle está em sua multicausalidade. Estudos recentes têm apresentado evidências de que a doença periodontal em gestante pode ser um dos fatores associados para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso. O objetivo deste trabalho foi avaliar se há associação entre doença periodontal e prematuridade bem como se o tratamento periodontal pode reduzir a incidência na prematuridade e ou baixo peso. Este estudo trata-se de uma revisão sistemática, constituído com suporte no levantamento de artigos indexados nos bancos de dados: Biblioteca Virtual de Saúde, Lilacs, Scielo e Medline, com abrangência temporal entre 2005 e 2011. Utilizou-se como limite, os estudos de ensaio clínico, coorte, caso-controle e metanálises. Foram excluídos deste estudo, artigos de revisão de literatura bem como teses e dissertações. Resultando em 14 artigos. O material bibliográfico foi submetido à leitura criteriosa, fichamento, comparação e avaliação quanto ao seu contributo para o objetivo do estudo. Dos 14 estudos avaliados, 8 (57,1%) encontraram associação entre doença periodontal com prematuridade e ou baixo peso. Com relação aos 4 estudos sobre efeito do tratamento periodontal, 3 destes, mostraram-se associados a redução da incidência da prematuridade e baixo peso ( $p < 0,05$ ). Somente 2 estudos não apresentaram associação estatisticamente significativa com os desfechos analisados. Os resultados mostram que a maioria das

pesquisas apresentou evidências de associação entre doença periodontal ou seu tratamento com prematuridade e baixo peso. Todavia, observa-se a necessidade de mais estudos, em que padronização metodológica seja um consenso entre os pesquisadores.

## **ETo6MA20-Autopercepção e condições de saúde bucal em adultos e idosos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família de Itapuca-RS.**

*BEDIN, E; SILVA, EA; MOTA, AG; ANDRADE, KCGE (UNISANTA-Santos-SP)*

Os problemas associados à saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores do impacto negativo no desempenho diário da sociedade, podendo causar dor e sofrimento, afetando a alimentação e a fala, comprometendo a qualidade de vida e o bem estar dos indivíduos. Para analisar este impacto na qualidade de vida esta pesquisa buscou avaliar a autopercepção da saúde bucal dos adultos e idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF), do município de Itapuca/RS, realizada através de visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este município tem uma população de 2.691 habitantes, estando cadastrados nesta USF 2.540 habitantes. Destes, 326 voluntários de 34 a 90 anos participaram de um estudo transversal de abordagem quantitativa, que teve como objetivos conhecer o perfil sócio econômico desta população, avaliar sua autopercepção de saúde bucal e, verificar qual o impacto produzido pela condição de saúde bucal em sua qualidade de vida, utilizando-se o questionário OHIP-14 (Oral Health Impact Profile). As oito ACSs que o aplicaram foram capacitadas durante quatro horas, sendo orientadas na condução da pesquisa. Este questionário possui 14 questões, sendo constituído por sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e limitação física. Também foram levantados dados sócio econômicos como escolaridade, renda, etnia e outros. Os dados foram coletados de janeiro a junho de 2011. Os resultados obtidos indicaram que 91,1% da amostra apresenta etnia branca, descendentes de colonização italiana; 90,7% têm o ensino fundamental e 89,5% possuem renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Dos 326 entrevistados 96,0% declararam terem sido submetidos

à extração dentária e 62,6% necessitavam de algum tipo de prótese. Esta autopercepção indicou também que 56,8% dos questionados considera sua saúde bucal de boa a excelente, porém, 64,7% necessitavam de tratamento odontológico. Houve um predomínio da autopercepção positiva da saúde bucal (56,7%), sendo negativa para 43,3% dos entrevistados. Conclui-se com o presente estudo que o paciente avalia sua condição bucal com critérios diferentes do profissional. Embora os sujeitos pesquisados tenham se submetido a abordagens odontológicas mutiladoras, a maioria avaliou positivamente sua saúde bucal parecendo existir, para a população estudada, uma dissociação entre perda dentária e comprometimento da saúde bucal. Desta forma, é imprescindível no serviço público, que a avaliação das condições de saúde bucal da população seja associada à avaliação rotineira de sua autopercepção para buscar um redirecionamento desta percepção do paciente, encorajando-o a aderir a programas que possibilitem melhoras neste quadro de saúde. Este novo olhar para sua saúde bucal pode favorecer a participação indireta da comunidade na formulação de decisões políticas sociais, levando ao desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, contribuindo para uma abordagem que tenha como meta a melhoria da qualidade de vida da população.

## **ETo6MA21-Diagnóstico da demanda de uma UPA de um município do interior do Estado de São Paulo.**

*MINORIN, TS (RMSFC-UFSCar); MARTINS, ALT (RMSFC-UFSCar); MELO, FABM (RMSFC-UFSCar); BORTOLOTTI, PA (RMSFC-UFSCar); FLUMIAN RB (RMSFC-UFSCar)*

Partindo do princípio de que a organização dos sistemas de saúde de um determinado local deve levar em conta as questões demográficas e epidemiológicas do mesmo e que serviços criados para a resolutividade de questões crônicas não respondem efetivamente e qualitativamente a demandas de problemas agudos, o que marca a situação atual da fragmentação do cuidado à saúde, teve-se a intenção em se realizar um estudo que possibilitasse o diagnóstico da demanda atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Cidade de São Carlos-SP, através de análise de fichas de atendimento nesse serviço, realizando a classificação de risco, segundo dados contidos ne-

las, no intuito de proporcionar uma reflexão junto à Atenção Básica de abrangência local e à UPA dessa regional. A metodologia utilizada para tanto foi de análise documental, através da tabulação dos dados contidos nessas fichas utilizando o Software Excel e, posteriormente, a quantificação das frequências desses dados. Foram analisadas 1143 fichas de atendimento compreendidas entre os meses de Março, Abril e Maio de 2011, escolhidas aleatoriamente e segundo os critérios: faixa etária, gênero, endereço, unidade de referência (USF), data e horário de atendimento, motivo do atendimento, exames complementares/diagnóstico/condução, tratamento realizado/descrição do procedimento, profissional responsável pelo atendimento, tipo de demanda e encaminhamentos a partir da UPA. Encontrou-se que 60,87% dos casos de procura pela UPA coincidiram com momentos em que a USF encontrava-se fechada. A maior faixa etária atendida correspondia à classificação número 7 do SIAB (20 à 39 anos) e não houve discriminação significativa quanto à procura, com relação ao gênero. Quase 500 fichas foram classificadas como risco verde, ou seja, tratavam-se de queixas recentes agudas que não ul-

trapassavam 30 dias, sem alterações significativas de sinais vitais, sem risco de agravamento à saúde e com possibilidade de atendimento em até 2 horas, seguidos de quase 400 fichas com impossibilidade de leitura devido à ilegibilidade dos dados. Dentre os profissionais que realizaram o atendimento, conta que quase a metade (558) foram atendidos apenas pelo profissional médico. A grande maioria, ou seja, 1098 fichas advinham de demanda espontânea e 1082 atendimentos não foram encaminhados para nenhuma outra instância. Percebe-se ainda a dificuldade encontrada na leitura de anotações médicas, devido à ilegibilidade e não preenchimento correto dos dados de fichas de atendimento, além da inexistência de uma rede de atenção à saúde, onde casos potenciais de serem contra-referenciados aos serviços de atenção básica são atendidos pela UPA, gerando grande demanda local. Tal fato também interfere no processo de educação em saúde, visto que a resolutividade das questões que envolvam essa temática não devem ser calcadas apenas na medicalização e na queixa-contida, mas também, nas questões psicológicas, sociais e espirituais com possibilidade de acompanhamento dos casos.

# Eixo 7 – Planejamento e financiamento em saúde bucal

## ET07PF01-Desenvolvimento humano e saúde bucal na região sudeste do Brasil.

PINTO, ECH (FOB-USP); MENDES, HJ (FOB-USP); XAVIER, A (FOB-USP); BASTOS, JRM (FOB-USP); CALDANA, ML (FOB-USP); MACHADO, MAMP (FOB-USP); BASTOS, RS (FOB-USP)

As desigualdades socioeconômicas exercem substancial influência sobre a saúde e reproduz-se nas condições de saúde bucal da população brasileira. A ampliação da atenção básica odontológica faz parte da estratégia de redução das desigualdades sociais em saúde bucal. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) analisa as diferenças sociais além da dimensão econômica, avança para outros fatores importantes na determinação da qualidade de vida: saúde, educação, meio ambiente, dentre outros. Para relacionar a implantação das equipes de saúde bucal com locais com menores indicadores sociais, ou seja, que mais precisam de ações de atenção primária em saúde, este estudo objetivou relacionar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) das 1.666 cidades do sudeste brasileiro com as equipes de saúde bucal implantadas 2001 a 2011. Os dados referentes ao IDH-M foram coletados no website do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e a evolução das equipes de saúde bucal no Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Na análise foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Os resultados mostraram que existe uma correlação fraca, apesar de significativa, entre a implementação das equipes de saúde bucal com o IDH-M ( $r=0,01$ ;  $p<0,01$ ). A crescente importância da relação das doenças com o estilo de vida e o meio ambiente elucidada a mudança da forma como o setor de saúde olha a população, onde a organização do ponto de vista físico e social permite o planejamento de intervenções além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção de saúde. Os resultados do presente estudo indicam que, apesar da importância dos determinantes sociais na diminuição das iniquidades em saúde, são pouco evidenciados no planejamento da implantação de serviços em saúde bucal na região sudeste do Brasil.

## ET07PF02-A resolutividade em saúde bucal na atenção básica, como instrumento para avaliação dos modelos de atenção.

SOUZA, LC (FOP-UNICAMP); BULGARELI, JV (FOP-UNICAMP); FARIA, ET (FOP-UNICAMP); AMBROSANO, GMB (FOP-UNICAMP); CORTELLAZZI KL (FOP-UNICAMP); VAZQUEZ, FL (FOP-UNICAMP); MENEGHIM, MC (FOP-UNICAMP); MIALHE, FL (FOP-UNICAMP); PEREIRA, AC; (FOP-UNICAMP)

Este estudo teve como objetivo avaliar a resolutividade das ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção básica do município de Marília-SP durante o período de 2007 a 2009, através do indicador de acesso ao Tratamento Odontológico Inicial (TI), o percentual de cobertura populacional em Tratamento Completado Inicial (TCI), com vistas à identificação de qual modelo de atenção, Estratégia Saúde da Família (ESF) ou modelo tradicional instituído nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresenta maior efetividade em relação às necessidades em saúde bucal da população. Trata-se de um estudo ecológico do tipo retrospectivo com uma amostra aleatória estratificada de 50% do universo da área de estudo para as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37% das 29 Unidades de Saúde da Família (USF) do município, sendo sorteadas aleatoriamente 6 UBSs e 11 USFs, respectivamente. Os dados coletados para observação foram levantados através dos relatórios gerenciais dos sistemas de informação, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e Relatório de Avaliação de Saúde Bucal, Departamento de Coordenação de Saúde Bucal, segundo cada unidade de saúde selecionada na amostra. Para analisar a resolutividade dos diferentes modelos de atenção à saúde, realizou-se análise exploratória dos dados e, a seguir, foi aplicado o teste t de Student. Observa-se que os coeficientes relativos ao TI, não foram estatisticamente diferentes. Já no que se refere ao coeficiente TCI sobre a população estimada maior que dois anos, verificam-se valores de 16,74 para o modelo USF e 6,93 para o modelo UBS, havendo uma diferença estatisticamente significativa e que espelha a diferença de 40,97% de resolutividade

na UBS em relação aos 83,56% da USF. Conclui-se que o modelo USF apresentou maior resolutividade em comparação ao modelo UBS, sendo fundamental avaliar os modelos assistenciais de saúde bucal com a finalidade de orientar o planejamento e a execução de ações indispensáveis para a construção de uma odontologia pública mais resolutiva, de maior eficácia e qualidade.

### **ET07Pfo3-Análise Comparativa entre as Portarias 1886 de 18 de dezembro de 1997 e a 648/GM de 28 de março de 2006.**

*SAVAZZI, RLD; TOLOTI, AAF (SMS-Nuporanga-SP); SILVEIRA, F (FORP-USP)*

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve seu início no Brasil a partir dos resultados positivos de iniciativas locais e pontuais que se utilizavam dos agentes comunitários de saúde e propunham uma nova abordagem da população, através do atendimento territorializado e da aplicação de medidas preventivas, priorizando os fatores de risco identificados nessa abordagem. Ele foi normatizado pela primeira vez em 1997 e desde então tem colaborado como agente de reorganização do acesso a atenção básica. Entretanto, a partir de 2006, com a promulgação da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, a Estratégia de Saúde da Família deixou de ser apenas uma alternativa de modelo de prestação de serviços de saúde da atenção básica para se tornar o modelo proposto pelo Ministério da Saúde, objetivando a consolidação dos princípios do SUS, principalmente no que se diz respeito à universalidade, integralidade e equidade. A ESF permite que os serviços de saúde sejam oferecidos à população levando-se em conta o diagnóstico situacional da população em questão e mais do que oferecer assistência em saúde, a ESF tem como um de seus principais objetivos a criação de mecanismos de promoção de saúde e prevenção de doenças a partir do conhecimento do contexto de vida de cada família. Ela trabalha com o conceito de cuidado familiar ampliado, o qual se preocupa com os aspectos sociais, econômicos, culturais e demográficos aonde o indivíduo se encontra inserido, para, a partir do reconhecimento desses fatores possam ser entendidas as condições de vida do usuário do serviço. O presente estudo teve como objetivo realizar uma análise comparativa entre as duas principais portarias que normatizaram a Estratégia de Saúde da

Família ao longo dos 15 anos: a Portaria 1.886 de 18 de dezembro de 1997 e a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 e levantar as principais diferenças existentes entre elas. Como resultado dessa análise, foi possível destacar várias diferenças importantes. Entretanto, trataremos neste trabalho das diferenças que julgamos serem as principais, pelo fato de serem aquelas que significaram avanços na prática do trabalho das Equipes de Saúde da Família. A primeira diferença é o objetivo principal que cada uma apresenta. A primeira lei objetiva estimular a implantação de PSF enquanto que a segunda, diante das experiências já obtidas, visa dar condições e normatização para que a Estratégia de Saúde da Família, não mais como um programa, avance em direção ao aprimoramento, conseguindo assim um crescimento estruturado, efetivamente colaborando para reorganização do sistema, que é o principal objetivo do Ministério da Saúde. A segunda diferença importante é a abordagem sobre as responsabilidades que cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) tem que desempenhar na Estratégia de Saúde da Família. Esta mudança está condicionada a perspectiva de descentralização do gerenciamento dos serviços. A primeira portaria trás responsabilidades que se preocupam mais com aspectos voltados para a implantação, para garantir o aprendizado de trabalho no novo modelo, enquanto que a segunda portaria aborda, além desses itens, a preocupação com a qualidade do serviço, com a fiscalização das ações e com a discussão de questões práticas internas de cada equipe. Outra diferença importante entre as duas portarias é a abordagem do serviço oferecido a população. Embora ambas preconizem um modelo que atenda a população através de uma abordagem familiar, a segunda portaria expande mais a atenção oferecida ao inserir o conceito do cuidado familiar ampliado. Este conceito propõe mais do que a oferta de serviços assistenciais de saúde ao núcleo composto pela família por destacar a possibilidade de que abordagem proposta favoreça o trabalho de questões sociais e de cidadania, além dos cuidados de saúde. A última e fundamental diferença entre as duas portarias que se destaca neste trabalho é a inserção de normatização para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família que acontece na lei de 2006. Essa mudança garantiu uma maior alocação de recursos e estímulo para que os municípios se utilizassem desse modelo também para reorganizar a prestação de cuidados de saúde bucal, seguidos os

mesmos princípios do programa. As diferenças analisadas permitem concluir que entre 1997 e 2006 a Estratégia de Saúde da Família se expandiu pelo território nacional e as experiências acumuladas, bem como as dificuldades e êxitos encontrados, permitiram que fosse criada uma lei mais abrangente, que facilitasse a implantação do programa pelos municípios, e que ao mesmo tempo favorece o controle, a fiscalização e a avaliação das equipes, no sentido de possibilitar controle da adequação dos serviços oferecidos. Além disso, percebe-se que ao longo desses 15 anos ocorreu uma evolução da legislação no sentido de acompanhar a evolução do próprio programa em termos de importância e significado que ele passou a ter para o sistema de saúde brasileiro.

### **ET07PF04-Relação entre determinantes sociais e a evolução das equipes de saúde bucal no estado de São Paulo.**

*COELHO, TRF (FOB-USP); MENDES, HJ (FOB-USP); SILVA, MAS (FOB-USP); PINTO, ECH (FOB-USP); HONÓRIO, HM (FOB-USP); MOLIN, S (FOB-USP); LAURIS, JRP (FOB-USP); BASTOS, RS (FOB-USP); FIGUEIREDO, AM (FOB-USP); BASTOS, JRM (FOB-USP)*

Um sistema de saúde deve ter por objetivo otimizar a saúde e ainda atuar para diminuir desigualdades de uma população. As políticas públicas de saúde deveriam ser direcionadas para solucionar as origens dos problemas, ou seja, sanar os determinantes que ocasionam tais diferenças, deste modo, as políticas públicas não deveriam ser planejadas da mesma forma para toda a população, e sim, norteadas àqueles grupos

de maior vulnerabilidade social. A fim de determinar se as equipes de saúde bucal são mais implantadas em municípios que apresentam menores indicadores sociais, ou seja, que mais precisam de ações de atenção primária em saúde, este estudo objetivou relacionar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) das 645 cidades do estado de São Paulo com as equipes de saúde bucal implantadas de janeiro de 2001 a dezembro 2010. Os dados referentes ao IDH-M foram coletados no website do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e a evolução das equipes de saúde bucal no do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Na análise do resultado foi utilizado o teste de correlação de Spearman com nível de significância de 0,05, utilizando o programa SigmaPlot 11.0. Os resultados mostraram que existe uma correlação entre a implementação das equipes de saúde bucal com o IDH-M ( $p < 0,01$ ), no entanto é uma correlação muito fraca (Coeficiente de Correlação 0,10). O panorama das desigualdades em saúde se reproduz nas condições de saúde bucal da população. A crescente importância da relação das doenças com o estilo de vida e o meio ambiente elucidada a mudança da forma como o setor de saúde olha a população, onde a organização do ponto de vista físico e social permite o planejamento de intervenções além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção de saúde. Concluímos com este estudo que o planejamento em saúde bucal no Estado de São Paulo parece ter, de forma muito tímida, os determinantes sociais da cárie dentária como norteador da implantação de equipes de saúde bucal. Sugere-se maior atenção a estes determinantes dada sua importância na diminuição das iniquidades em saúde.

# Eixo 8 – Recursos humanos em saúde bucal

## **ETo8RH01-A atuação dos agentes comunitários da saúde no departamento de odontologia da prefeitura municipal de Monte Alto.**

*VARALLO, AC (PM-Monte alto-SP); FANTINI, LD (PM-Monte Alto-SP); FANTINI, A (PM-Monte Alto-SP); MENEZES, LF (PM-Monte Alto-SP) CARAMICO, JBP (PM-Monte Alto-SP); SASAKI, RK (PM-Monte Alto-SP); SILVERIO, EMC (PM-Monte Alto-SP)*

Levar informações de prevenção e cuidados com a saúde bucal, ter conhecimento das reais necessidades e dinâmica social da comunidade são fatores importantes para viabilizar a diminuição dos problemas bucais. Os agentes comunitários de saúde representam um elo importante entre comunidade e os serviços de saúde, aumentando a eficácia e a abrangência da prevenção e do atendimento odontológico entre outras atribuições. No departamento de odontologia da rede municipal de Monte Alto, a atuação dos agentes comunitários de saúde tem contribuído para a melhoria do acesso ao atendimento odontológico e a orientações sobre saúde bucal da comunidade onde atuam. São realizados pelos cirurgiões dentistas da rede municipal treinamentos com os agentes, com palestras sobre prevenção do câncer bucal, cuidados odontológicos na gestação, importância da amamentação, malefícios dos hábitos bucais, orientações sobre prevenção e cuidados com a higiene oral do bebê, da criança e adulto. As técnicas de escovação são demonstradas por vídeos e macro modelos aos agentes que recebem apostilas com todas as informações no final dos treinamentos. Durante as visitas domiciliares, que periodicamente são acompanhadas pelo cirurgião dentista da unidade de saúde, os agentes preenchem questionários com dados da comunidade, cadastrando e mapeando grupos de riscos, gestantes, fumantes, alcoólatras, portadores de próteses mal adaptadas, crianças em fase escolar e pacientes especiais. Os dados obtidos durante as visitas ficam em um painel na sala de reuniões da unidade de saúde para controle e encaminhamento destes pacientes aos projetos odontológicos. A comunidade recebe dos agentes todas as informações sobre horários e locais de atendimento odontológico daquela região. Nas

escolas e creches municipais os agentes participam auxiliando os dentistas na escovação supervisionada dos alunos, comunicando os pais a comparecer e acompanhar a criança ao consultório da escola quando for necessário. Durante o mês de outubro, é realizado pelos dentistas com a participação dos agentes, um teatro com fantoches para os alunos, com o tema bucolândia, a terra da saúde bucal. Concluiu-se que é fundamental o treinamento e a atuação dos agentes comunitários de saúde para integração da comunidade e dos serviços odontológicos da rede municipal . O acesso da comunidade ao tratamento, aos projetos odontológicos e as orientações são possibilitados e agilizados pela atuação dos agentes bem como os dados coletados por eles permitem aos serviços odontológicos serem adequados às reais necessidades da comunidade.

## **ETo8RH02-Acidente de trabalho com perfuro cortante em uma instituição de ensino odontológico.**

*Queluz, DP (FORP-UNICAMP)*

Os serviços de saúde são compostos por ambientes de trabalho complexos, apresentando, por isso mesmo, riscos variados à saúde dos trabalhadores e também das pessoas que estejam recebendo assistência médica odontológica nesses locais. Dentre esses riscos, um que é bastante peculiar ao serviço de saúde é o risco de sofrer um acidente de trabalho com material biológico envolvendo um perfurocortante. O objetivo deste estudo foi identificar o número de acidente de trabalho com perfuro cortante em uma instituição de ensino odontológico de 2006 a 2010. Os resultados evidenciam que no decorrer dos anos, o número de acidentes aumentou, e a frequência maior foi com instrumental de periodontia (cureta), seguido pelo instrumental de exame clínico (sonda milimetrada). Destacamos que além de incluir o ferimento em si, a grande preocupação que o acidente de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciados logo após a ocorrência do acidente, para a sua maior

eficácia. Essas são doenças que trazem grandes perdas não só ao trabalhador acidentado, mas também a toda a sociedade. Concluimos que as medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes, enfatizando a necessidade de se implementar ações educativas permanentes, que familiarizem os profissionais de saúde com as precauções universais e os conscientizem da necessidade de empregá-las adequadamente, como medida mais eficaz para a redução do risco de infecção pelo HIV ou hepatite em ambiente ocupacional.

### **ET08RH03-O cirurgião-dentista e seu ambiente de trabalho.**

*MOIMAZ, SAS (FOA-UNESP); OLIVA, ACC (PM-Mendonça-SP); SERRANO, MN (FOA-UNESP); QUEIROZ, APDG (FOA-UNESP); SALIBA, O (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP)*

O exercício profissional do cirurgião-dentista o expõe a riscos ocupacionais, advindos do ambiente de trabalho e da profissão, interferindo em sua qualidade de vida. A integração entre Universidade e Serviço, por meio do tripé ensino-pesquisa-extensão, pode subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas para a melhoria das condições de trabalho e, conseqüentemente, da qualidade de vida do trabalhador. Esse trabalho faz parte de um amplo projeto, financiado pelo CNPq, que envolveu mais de 20 municípios pertencentes a dois Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, cujo objetivo geral era verificar as condições de trabalho dos profissionais de odontologia no serviço público de saúde, analisando o ambiente físico, as condições sanitárias e ergonômicas, o grau de satisfação dos profissionais e condições de vida, dentre outros aspectos. Nesse contexto, o propósito neste trabalho foi apresentar os resultados referentes à qualidade de vida e saúde de cirurgiões-dentistas e sua satisfação com o emprego público, avaliando as seguintes variáveis: relato de sentimentos negativos e sua intensidade, dor física e sua interferência nas atividades profissionais, significância do trabalho, ambiente físico e segurança, oportunidade de lazer e renda. Foram entrevistados por 83 cirurgiões-dentistas de 12 municípios do Departamento Regional de Saúde XV - São José do Rio Preto-SP, utilizando-se um questionário semiestruturado. Os resultados apontaram que, do total, 82% apresentaram sentimentos negativos (mau humor, ansiedade e depressão) e dentre eles, 13%

relataram ser frequentes e 65%, às vezes. A maioria dos entrevistados (64%) já sentiu algum tipo de dor, 40 (75%) relataram que a dor interferiu no trabalho e 43% enfatizaram que a dor já os afastou temporariamente de suas atividades profissionais. Para 61% dos cirurgiões-dentistas, o trabalho exercido tem sentido “extremamente” importante. Em relação ao ambiente físico, 58 (70%) não o consideraram saudável, 57 (69%) o consideraram “bastante” ou “extremamente” seguros. Apenas 23 (28%) possuíam “muito” e “completamente” oportunidade de lazer; 75 (90%) não tinham dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades. Conclui-se que os Cirurgiões-dentistas têm apresentado comprometimento de sua saúde em decorrência da insalubridade do ambiente de trabalho, prejudicando a qualidade do serviço prestado e a qualidade de vida do trabalhador. Apesar disso, declararam-se satisfeitos com o emprego no SUS e valorizaram seu trabalho.

### **ET08RH04-Odontologia no SUS: biossegurança e condições de trabalho.**

*SILVA MM (FOA-UNESP), GARBIN CAS (FOA-UNESP), ROVIDA TAS (FOA-UNESP), SALIBA O (FOA-UNESP), MOIMAZ SAS (FOA-UNESP)*

A saúde do trabalhador tem sido foco de muitas pesquisas em virtude do aumento na prevalência das doenças ocupacionais, principalmente daquelas relacionadas à falta de biossegurança. Essa situação além de interferir na qualidade de vida do trabalhador, gera altos índices de absenteísmo com conseqüências econômicas negativas para o país. A realização de pesquisas em serviço, especialmente sobre a percepção do trabalhador da saúde a respeito das atividades que exercem, permite a identificação de nós críticos e o planejamento adequado das ações em saúde e políticas públicas que visem melhoria nas condições de trabalho. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi avaliar a satisfação do cirurgião-dentista do Sistema Único de Saúde (SUS) com o emprego público, considerando as condições sanitárias e físicas do ambiente de trabalho. Trata-se de um estudo transversal, tipo inquérito, no qual foi utilizado um instrumento, que serviu de roteiro para entrevista individual. Foram incluídos na amostra 40 Cirurgiões-dentistas do sistema público de saúde de 10 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde- II/ Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (Regional de Araçatuba-SP). Duas equipes realizaram

as entrevistas em local e período de trabalho dos profissionais. Dentre os principais resultados, observou-se que em 55% dos locais, a esterilização de instrumentais era feita em estufa; 35% dos profissionais trabalhavam sem auxiliar em saúde bucal e 22,5% do total, estavam insatisfeitos com a biossegurança. Em relação ao ambiente de trabalho, 49% dos profissionais o consideraram desconfortável; 45% demonstraram insatisfação com a refrigeração local, 45% com os ruídos, 20% com a limpeza e 37,5% com as dimensões físicas. Quanto às condições de uso dos equipamentos, 40% dos cirurgiões-dentistas informaram que o equipo era ruim ou péssimo, 37,5% referiram-se à cadeira odontológica. Grande parte (32,5%) informou que o equipo

e a cadeira tinha mais de 24 anos de uso. Dentre os entrevistados, 92,6% já havia cancelado atendimento de pacientes por quebra dos equipamentos e 90% do total citaram que os mesmos receberam apenas reparo de defeitos. A maioria dos entrevistados (47,5%) recebia entre R\$2.000,00 e R\$2.999,99 e 45% do total trabalhava no serviço público há 10 anos ou menos. Ainda assim, 92,5% demonstraram satisfação com o emprego público. Concluiu-se que apesar da satisfação com o emprego público, pequenas melhorias nos aspectos de biossegurança, a manutenção preventiva dos equipamentos e o trabalho auxiliado poderiam melhorar a saúde do trabalhador e a qualidade do serviço prestado. APOIO: CNPq e CAPES.

## Eixo 9 – Temas livres

### ET09TLo1-A importância do trabalho interdisciplinar na adaptação de próteses dentárias no município de Monte Negro/ RO.

ARAKAWA, AM (FOB-USP); XAVIER, A (FOB-USP); OLIVEIRA, NA (FOB-USP); FRANÇA, ML (FOB-USP); BASTOS, JRM(FOB-USP); CALDANA, ML (FOB-USP)

Alterações funcionais podem ser ocasionadas pelo processo natural de envelhecimento no qual a perda dos dentes e o tratamento pela reabilitação oral podem influenciar os aspectos nutricionais, de qualidade de vida, bem como os padrões de mastigação e deglutição. O sucesso ou insucesso das adaptações de próteses dentárias está relacionada à adequação das funções do sistema estomatognático. Este trabalho tem por objetivo relatar as atividades realizadas no projeto “USP em Rondônia” quanto a necessidade e uso de próteses dentárias junto ao trabalho fonoaudiológico desenvolvido no município de Monte Negro, Estado de Rondônia. Realizou-se um estudo transversal da avaliação odontológica e fonoaudiológica contida nos prontuários desses indivíduos, submetidos à adaptação de prótese total ou prótese parcial removível. As funções orais foram analisadas em dois momentos avaliados, verificando-se a presença ou não de: disfunções mastigatórias, deglutição atípica, alterações fonético-fonológicas. Foram estudados 16 casos, independentemente do tipo de prótese adaptada. Foram observadas alterações de mastigação, deglutição e fonéticas em cinco indivíduos. A adaptação de próteses, sejam elas totais ou parciais, são insuficientes para que o indivíduo adquira os padrões de normalidade para as funções orais, deste modo é necessário o trabalho interdisciplinar com a fonoaudiologia para obtenção de melhores resultados do tratamento odontológico e aumento de qualidade de vida ao paciente.

### ET09TLo2-Prótese bucomaxilofacial: reintegração do indivíduo à vida.

VIEIRA, AP (SMS-RIBEIRÃO PRETO-SP); SILVA, JMG (SMS-RIBEIRÃO PRETO-SP); OTANI,VB (SMS-RIBEIRÃO PRETO-SP); ROCCO, R (SMS-RIBEIRÃO PRETO-SP); MOTTA, ACF (FORP-USP); SILVA, CHL (FORP-USP); MATTA, JCS (FORP-USP); LOUREIRO, JH (FORP-USP); DESTITO, E (FORP-USP)

A face humana é o mais importante estímulo visual, no contato entre as pessoas. A forma como um indivíduo mutilado facial e com ausência de todos os dentes lida com esta deficiência e interage socialmente, são aspectos importantes para o atendimento destes perfis de paciente no setor público. Estigma e rejeição são eventos comuns no meio social e familiar destes pacientes, já que sua mutilação causa forte impacto forte, visto o estético pré-estabelecido pela sociedade. O cirurgião dentista tem grande participação e responsabilidade na reabilitação estética e funcional destes pacientes. O caso clínico apresentado refere-se a paciente UMP, 54 anos, do sexo feminino com queixa de perda de estética e função em nariz e lábio superior. A história médica revelou ocorrência de carcinoma de células escamosas em lábio superior, e leishmaniose tegumentar americana acometendo septo nasal. Após o tratamento das duas comorbidades, a paciente apresentou sequelas na região nasal e labial superior, comprometendo estética e função. O tratamento proposto para o caso foi a reabilitação oral com próteses totais superior e inferior, e prótese nasal suportada por meio de óculos. O tratamento instituído possibilitou o desenvolvimento das funções normais de mastigação e fala, além do reestabelecimento da estética por meio da prótese nasal. Os autores alertam para a necessidade do atendimento, no setor público, de pacientes com necessidades de próteses bucomaxilofaciais, dentro de um contexto multidisciplinar, como o caso apresentado. O reestabelecimento da estética, função e convivência social, resulta na reintegração do indivíduo à sociedade, melhorando sua qualidade de vida.

### ET09TLo3-Importância do absentismo por razões odontológicas e médicas no serviço privado.

ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); CARVALHO, BH (FOA-UNESP); STORNILOLO, VJA (FOA-UNESP); MARTINS, RJ (FOA-UNESP)

As razões odontológicas são uma das causas mais frequentes da falta do funcionário ao labor. Várias afecções odontológicas provocam a incapacidade temporária ao trabalho, as quais podem levar ao chamado “absenteísmo de corpo presente”, que é aquele

onde apesar do indivíduo não faltar ao serviço, o mesmo não desenvolve seu melhor desempenho. A dor normalmente iniciada na madrugada leva a pessoa a dormir mal, indo ao trabalho fatigada, irritada, incapaz de concentrar-se e predisposta a sofrer acidentes. Objetivou-se nesse estudo verificar a importância do absenteísmo por afecções odontológicas e médicas no serviço privado, observando fatores como faixa etária, sexo, função do funcionário e as razões que mais o levaram a faltar no labor. Foram analisados os atestados odontológicos e médicos e declarações de comparecimento, devidamente homologados, que deram entrada em uma indústria acrílica do município de Araçatuba-SP, no período de janeiro a julho de 2011. Do total de atestados (n=1841), apenas 103 (5,5%) eram por razões odontológicas. Observou-se predominância da faixa etária de 20 a 29 anos, sexo masculino e função não administrativa. As razões odontológicas e médicas mais indicadas nos atestados que levaram o funcionário a faltar foram “dentes inclusos ou impactados” e “doenças infecciosas intestinais”, respectivamente. Quanto aos fatores relacionados ao absenteísmo, observou-se um índice de gravidade de 2,83, de frequência de 1,33 e a duração média das ausências de 2,12. Conclui-se que as razões odontológicas tem pouco peso sobre o total de faltas por motivo de doença, além de provocarem o afastamento do trabalhador por um período menor. As variáveis idade, sexo e função influenciam na ocorrência do absenteísmo ao trabalho.

#### **ET09TL04-Prevalência de mordida aberta em escolares de 9 e 10 anos do município de Itapecerica da Serra – SP e sua relação com hábitos deletérios de sucção, aleitamento natural e artificial e respiração bucal.**

*KIHARA, LH (FACIS); SANTORO, C (FACIS, SMS-Itapecerica da Serra-SP); FRIAS, AC (FOUSP); KOGOHARA, LH (SMS-Itapecerica da Serra-SP); FAMILIAR, MF (FACIS)*

A mordida aberta anterior é um dos tipos de maloclusão mais freqüente na dentição decídua e mista, sendo definida como a discrepância ou falta de contato dos dentes anteriores. Este tipo de maloclusão envolve maior comprometimento estético e funcional, além das alterações dentárias e esqueléticas. Dentre os fatores etiológicos destacam-se hábitos deletérios de

sucção e respiração bucal. Este trabalho avaliou clinicamente a presença de mordida aberta anterior em 321 escolares, na faixa etária de 9 e 10 anos, de 14 escolas municipais de Itapecerica da Serra - São Paulo, e sua relação com hábitos deletérios de sucção, aleitamento natural e aleitamento artificial e indícios de respiração bucal noturna, por meio de questionário enviado aos responsáveis. A análise estatística demonstrou que 6,85% apresentaram mordida aberta anterior. Também foi verificado que 24,92% das crianças foram amamentadas de forma exclusiva no peito, que 59,19% usaram exclusivamente a mamadeira e 56,39% foram aleitados artificialmente e naturalmente. No tocante aos hábitos deletérios de sucção, 57,63% usaram a chupeta, 6,85% fizeram sucção digital e 35,52% não fizeram sucção de chupeta ou digital. Crianças que apresentaram sucção de chupeta por mais de 6 meses demonstraram mais chance em ter mordida aberta anterior. Após a avaliação dos resultados pode-se concluir que: houve uma prevalência de 6,85% de mordida aberta anterior na amostra avaliada sendo pequena em relação à literatura; crianças que fizeram sucção digital e que utilizaram a chupeta por mais de 6 meses apresentaram mais chances em desenvolver a mordida aberta anterior e que ocorreu associação estatística significativa entre indícios de respiração bucal  $X^2=0.0472$  (dormir de boca aberta) e mordida aberta anterior

#### **ET09TL05-Representações sociais de saúde bucal e de controle social entre lideranças populares de saúde do município de São Paulo XXI.**

*MANFREDINI, MA (CECOL-FSP/USP); NARVAI, PC (FSP-USP)*

O acesso à assistência odontológica pública é um dos principais problemas na área de saúde bucal. Neste trabalho, se analisam as representações sociais sobre “saúde bucal” e “controle social” entre lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde (UMPS). A pesquisa foi qualitativa, com orientação analítico-descritiva, mediante realização de grupos focais com lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (UMPS). Para a organização e apresentação dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O processo saúde-doença foi reconhecido como socialmente determinado. Em relação ao entendimento de

saúde bucal como necessidade, houve antagonismo. A associação de saúde bucal à saúde geral foi apontada como razão de necessidade. A não identificação da saúde bucal como prioridade foi atribuída à população, aos fatores econômicos, aos governos e à falta de vinculação entre saúde bucal e saúde geral. O princípio da universalização na saúde bucal gerou discursos contraditórios, com forte presença da ideia de que a assistência odontológica deve ser dirigida para as crianças, com a presença de cirurgiões-dentistas nas escolas. As lideranças apontam que a assistência odontológica pública é insuficiente para garantir o acesso; não é resolutiva; tem problemas de infra-estrutura; e dispõe de profissionais que não atendem às exigências da comunidade. A organização da população é condição necessária para a implantação e manutenção de serviços assistenciais, por parte do Estado. Há um forte componente do conceito de saúde enquanto direito de cidadania, e de que a luta política e social é um vetor para a organização de redes assistenciais. Em relação à especificidade da saúde bucal no controle social, emergiram falas contraditórias. As representações sociais de lideranças comunitárias convergem com o que se encontra na literatura sobre saúde bucal em São Paulo.

### **ET09TLo6-Avaliação do tratamento restaurador atraumático no controle de cárie em escolares da rede pública.**

*Gibilini, C; Sousa, MLR*

Vários estudos têm indicado a cárie dentária como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dentre as opções de tratamento, a utilização do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) tem se mostrado uma técnica efetiva no controle da doença de forma indolor e com baixo custo. Os objetivos deste estudo foram (1) avaliar o ART como medida de controle de cárie em escolas públicas de Piracicaba, São Paulo, discutindo a importância deste na promoção de saúde individual e coletiva e (2) realizar a avaliação da longevidade das restaurações nos seis primeiros meses após o tratamento. A amostra foi composta por 173 crianças de 5 a 10 anos de idade, estudantes de seis escolas públicas de Piracicaba, tratadas pelo ART e reavaliadas após seis meses. Pode-se observar que a realização do ART fez com que grande parte dos escolares que eram risco E - alto risco (46,8%) fossem classificados em risco

moderado, caracterizando-os como livres de lesões de cárie (c=0). Além disso, obteve-se 81,78% de sucesso das restaurações após seis meses. Conclui-se, portanto, que o ART mostrou-se efetivo em programas de promoção de saúde, tendo em vista sua importância como medida de controle da cárie em escolares.

### **ET09TLo7-Estudo sobre registros policiais de ocorrências de violência contra idosos.**

*JOAQUIM, RC (FOA-UNESP); ANDRADE, MC (FOA-UNESP); GUIMARÃES E QUEIROZ, APD (FOA-UNESP); ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); GARBIN, AJI (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP)*

A violência tornou-se um problema de saúde pública, pois suas consequências alteram o estado de saúde individual ou coletivo, provocando enfermidades e podendo ainda ocasionar a morte. Deve ser entendida como um fenômeno articulado a uma questão estrutural e social. É ainda reconhecida e considerada como um problema de saúde pública dada às altas taxas de morbimortalidade que ocasiona. Embora alcance todos os grupos etários e classes sociais, podendo causar morte, lesões, traumas físicos e emocionais, existem grupos mais vulneráveis como: mulheres, crianças, adolescentes e idosos. É importante conhecer o perfil das ocorrências de violência na população, para o planejamento de estratégias de enfrentamento do problema dentro do setor da saúde e pelos profissionais que nele atuam. Objetivou-se verificar o perfil da ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligência contra idosos. Trata-se de um estudo transversal descritivo, de análise documental, onde foram analisadas as ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de um município paulista, no período dos anos de 2008 e 2009, relativos à agressão: local; motivo; relação vítima-agressor; presença de drogas durante a agressão; características socio-demográficas de agressores e vítimas; procura das vítimas por serviço de saúde e o laudo médico. Foram utilizados teste de Fisher e Qui-quadrado para a análise dos casos. Durante os dois anos foram registrados na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba, 2.514 Boletins de Ocorrência e 474 Termos Circunstanciados, destes 201 correspondiam a ocorrências contra idosos. A maior parte dos agressores eram homens (66,2%) com pele branca (54,7%) e as vítimas mulheres (95,5%), brancas (70,6%). Houve maior prevalência

de violência psicológica (51,7%) sendo a residência (81,6%) o local de maior frequência de agressões. Na maior parte dos casos o agressor era algum familiar da vítima (36,7%) e o motivo relacionado às discussões (62,2%). Houve baixa frequência do uso de drogas (8,5%) e álcool (15,4%) durante os atos violentos. A maioria das vítimas não procurou por ajuda médica (67,2%). Dentre as lesões sofridas prevaleceu a de natureza leve (89,3%) na região de membros superiores (38,5%) seguida de cabeça e pescoço (30,8%). Conclui-se que a maioria das agressões ocorreu nos lares por parentes próximos, relacionadas à violência psicológica. Espera-se com os resultados contribuir para maior conhecimento e enfrentamento do problema, principalmente pelos profissionais da saúde.

### **ET09TL08-Índice de Massa Corporal (IMC) e prevalência de cárie dentária em pré-escolares de 2 a 5 anos de idade.**

*MARTINS, RJ (FOA-UNESP); GARBIN, AJÍ (FOA-UNESP); SILVA, MR (FOA-UNESP); SALIBA, O (FOA-UNESP); GARBIN, CAS (FOA-UNESP)*

A OMS considera a obesidade um dos dez principais problemas de saúde pública do mundo, classificando-a como uma epidemia do século XXI. Cerca de 43 milhões de crianças menores de cinco anos de idade estão acima do peso, o que deve ser considerado como um alerta, pois a obesidade na infância tende a persistir na fase adulta, constituindo um fator de risco para ocorrência de diversas doenças crônicas. A alta frequência de ingestão de alimentos ricos em açúcar é considerada uma das causas do aumento de peso e também está intimamente relacionada à etiologia da cárie dentária. Porém, no Brasil são raros os estudos populacionais sobre a associação desses fatores. Nesse contexto, procurou-se verificar a prevalência de obesidade e cárie dentária, além da associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a ocorrência de cárie dentária em pré-escolares de 2 a 5 anos de idade de uma instituição filantrópica que atende como creche e educação infantil do município de Araçatuba, São Paulo. Foi realizado estudo transversal em 91 crianças, considerando-se o sexo, idade, peso, altura e índice de cárie dentária. Efetuaram-se medidas antropométricas de acordo com as rotinas padronizadas e a ocorrência de cárie dentária foi registrada a partir de exames clínicos por um examinador treinado e calibrado. Utilizou-se

o teste estatístico kappa para verificar o nível de concordância intra-examinador, observando-se o valor de 0,86 (ótima concordância). As crianças eram paritárias quanto ao sexo e apresentavam na maioria 39 (42,9%), 5 anos. O ceo-d médio foi de 0,80, tendo um total de 30 (33%) pré-escolares com dentes atacados pela doença cárie. 33 (36,3%) crianças estavam entre as com risco de sobrepeso, sobrepeso ou obesidade. Dessas, 10 (30,3%) apresentavam o índice ceo = 1. Não foi verificada associação estatística significativa entre Índice de Massa Corporal e cárie dentária ( $\chi^2 = 0,1447$  e p-valor = 0,7036). Conclui-se que a prevalência de obesidade infantil na população estudada é alta, assim como a cárie dentária. Não houve associação entre os fatores analisados.

### **ET09TL09-Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial.**

*GARBIN, CAS (FOA-UNESP); ROVIDA, TAS (FOA-UNESP); JOAQUIM, RC (FOA-UNESP); PAULA, AM (FOA-UNESP); GUIMARÃES E QUEIROZ, APD (FOA-UNESP)*

As crianças e adolescentes são apontadas como as vítimas mais vulneráveis à violência, devido às suas fragilidades físicas e de personalidade. Infelizmente, trata-se de um problema que ocorre independentemente de raça, classe, religião ou cultura. A agressão de uma criança em sua própria casa, local onde supostamente estaria protegida da violência, cria uma situação de profundo desamparo para a vítima. A obrigação de conviver com seu agressor e enfrentar o pacto do silêncio que costuma envolver as pessoas mais próximas nesse tipo de situação, são fatores que podem gerar efeitos desastrosos na formação da personalidade desses sujeitos que ainda não chegaram à fase adulta. Desta forma, a violência contra a criança deve ser entendida como um fenômeno articulado a um problema estrutural e social ao qual a sociedade está exposta, e ser reconhecida e considerada como um problema de saúde pública dada às altas taxas de morbimortalidade que ocasiona. O objetivo do trabalho foi verificar a ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligência contra crianças e adolescentes, de ambos os gêneros. Foram analisados os dados registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no ano de 2008, relativos à agressão;

relação vítima-agressor; características sociodemográficas de agressores e vítimas e procura das vítimas por serviço de saúde. Em 2008 foram registrados 1.281 Boletins de Ocorrência e 242 Termos Circunstanciados, dos quais 311 correspondiam a ocorrências contra crianças e adolescentes. Houve uma maior prevalência de maus tratos físicos (22%), sendo a residência o local de maior frequência de agressões (59,8%). O agressor na maioria das vezes tratava-se da mãe da criança (11,9%) seguida pelo pai (10,6%). Em 49,6% dos casos o motivo que ocasionou a violência não foi relatado, e em 35,9% dos casos houve discussão ou desentendimento entre os envolvidos. Pode-se concluir que a violência contra crianças e adolescentes ocorreu dentro dos lares, lugar que supostamente deveria oferecer proteção, sendo praticada principalmente por familiares próximos e provocadas por discussões. Espera-se com os resultados do presente estudo contribuir para maior conhecimento e enfrentamento do problema, principalmente pelos profissionais da saúde.

### **ET09TL10-O uso da classificação de risco de cárie em escolares para a otimização e planejamento do tratamento odontológico na estratégia do PSF.**

*FELIX, ER (ESF-PM-Suzano-Suzano-SP)*

A classificação de risco de cárie é uma ferramenta utilizada para o planejamento do tratamento do paciente, com ela conseguimos a partir de uma escala simples, direcionar quais pacientes necessitarão da cadeira odontológica para tratamento e quais poderão ser beneficiados através de grupos, palestras ou escovação supervisionada por outros membros da equipe, otimizando assim a mão de obra do cirurgião dentista. O objetivo deste trabalho é mostrar através de estatística como a classificação de risco de cárie pode ser utilizada em diversos grupos. Nesta escola os alunos foram avaliados e classificados através de um simples exame clínico visual, utilizando - se uma escala de A a F. Foram avaliados 731 alunos de 1ª à 4ª série, idade de 6 a 11 anos, da EMEF VITOR SALVIANO, tendo como resultado final: Risco Baixo: 371, risco moderado: 136, e alto risco: 254. Tendo como resultado final de duzentos e cinquenta e quatro pacientes\alunos necessitando de atendimento na cadeira e quinhentos e sete pacientes\alunos tendo o tratamento concluído através de palestras, grupos de escovação e ART. Considerando o

número de alunos avaliados e o número de pacientes\alunos agendados para procedimento em cadeira, concluímos que a classificação de risco de cárie diminuiu o número de atendimento na cadeira.

### **ET09TL11-Grupo Técnico de Saúde Bucal para subsídio dos Colegiados de Gestão Regional na região dos Mananciais e Rota dos Bandeirantes.**

*PIRES, OMDA (SMS-Embu das Artes-SP); GERALDES, SS (SMS-Vargem Grande Paulista-SP); CARNEIRO, S (SMS-Osasco-SP); SANTOS, S (SMS-Carapicuíba-SP)*

Os grupos técnicos de Saúde Bucal da Região dos Mananciais e Rota dos Bandeirantes são formados por quinze municípios situados na zona oeste e parte das zonas noroeste e sudoeste da Grande São Paulo, abrangendo uma área de 2080 km<sup>2</sup> e uma população de 2.697.730 habitantes (IBGE 2010). Existe uma integração entre os municípios desta região desde 1999, quando foi criado o Comitê de Saúde Bucal, através de portaria pela extinta DIR V-Osasco. Atualmente, o grupo segue o desenho de acordo com o Colegiado de Gestão Regional (CGR), existindo um na região dos Mananciais e outro grupo para a Rota dos Bandeirantes. No entanto, as reuniões são unificadas e mensais, com assuntos de interesse para todos os municípios, além de fornecer pauta para as reuniões de câmara técnica, que antecedem a reunião do CGR. Os municípios estão inseridos nas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, através do Brasil Sorridente, contando com serviços de atenção primária em saúde bucal, incluindo as ações coletivas. O atendimento é universal, com priorização para os escolares, gestantes, bebês, através de triagem de risco para as doenças bucais. Há equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família em 9 municípios. São realizadas anualmente as campanhas de Prevenção de Câncer Bucal. Na busca pela integralidade os municípios também estão estruturando suas ações de nível secundário e terciário. Atualmente há Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados em 11 municípios, onde, além das especialidades mínimas que fazem parte do CEO, alguns municípios contam com odontopediatria e disfunção da ATM. O serviço de prótese está implantado em 7 dos 15 municípios. Na atenção terciária temos o serviço de Buco Maxilo no Hospital Geral de Pirajussara (HGP) e Regional de Osasco, sendo que no HGP também temos

o atendimento de pacientes especiais sob anestesia geral. A região também investe muito na formação de pessoal auxiliar em saúde bucal, já foram formadas várias turmas de ASB e TSB. Em 2008 foram formadas 2 turmas de ASB (uma para cada região), atualmente há um curso TSB em andamento, onde estão se formando 25 alunos da região. Os grupos técnicos, também têm levado para a região, através de projetos junto ao NEPOS, cursos de interesse para a área, como o curso de Levantamento Epidemiológico (ministrado por professores da USP) e Fóruns de Saúde Bucal que têm sido realizados anualmente. Concluímos que os Grupos Técnicos de Saúde Bucal vêm fortalecendo a saúde bucal na região, pois assuntos de interesse são pautados em reuniões dos CGR, a saúde bucal é envolvida em atividades multidisciplinares e os municípios estão inseridos nas ações propostas pelo Ministério da Saúde, através do Brasil Sorridente.

### **ET09TL12-Doença de Behçet: desmistificação do tratamento odontológico.**

*VIEIRA, A.P (SMS-Ribeirão Preto-SP); OTANI, V.B (SMS- Ribeirão Preto-SP); MISSÃO, J.D (SMS- Ribeirão Preto-SP); MOTTA, A.C.F (FORP-USP).*

A Síndrome ou Doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistêmica (inflamação dos vasos sanguíneos) de causa desconhecida, descrita em 1937, pelo médico turco Hulusi Behçet. É uma doença que afeta pele e/ou mucosa, e caracterizada classicamente pela tríade de lesões (oculares, orais e genitais). O diagnóstico é clínico, não havendo exames específicos para a DB. O tratamento consiste no controle das manifestações clínicas e o prognóstico depende da evolução da doença a longo prazo. A etiologia é desconhecida e sua fisiopatologia parece envolver hiperatividade neutrofílica e mecanismos autoimunes. A maioria dos autores observam as úlceras orais recorrentes como a mais comum das manifestações presentes na DB. O caso clínico apresentado refere-se a paciente FA, sexo masculino, 50 anos; com queixa de dor no elemento dental 45; teria procurado atendimento tanto público quanto privado, porém sem sucesso. A história médica revelou ocorrência de doença ou síndrome de Behçet, fato este que dificultou o seu atendimento no serviço público e privado, devido ao total desconhecimento dos profissionais de saúde desta doença. O tratamento proposto para o caso, foi avaliar as medicações sistêmicas utilizadas pelo pa-

ciente (anti-agregante plaquetário e anti-coagulante oral). Solicitação do exame INR (índice de razão de normalidade); exame este feito e resultado obtido no mesmo dia da consulta inicial, com o valor satisfatório, pôde-se realizar a consulta eventual (dor no elemento 45) e a realização do tratamento odontológico completo. As autoras deste trabalho enfatizam a necessidade do conhecimento da DB pelos profissionais de saúde e de suas complicações, destacando as características clínicas da doença e os cuidados que devem ser tomados durante o atendimento odontológico uma vez que, trata-se de uma doença crônica, com possibilidade de comprometer a qualidade de vida do indivíduo.

### **ET09TL13-Projeto piloto para tratamento da mordida aberta anterior em crianças no serviço público de saúde de Itapeçerica da Serra-SP. Relato de um caso clínico.**

*SANTORO, C. (FACIS, SMS-Itapeçerica da Serra-SP); KOGOHARA, L. H. (SMS-Itapeçerica da Serra-SP); GRANJA, D.M.A. (SMS- Itapeçerica da Serra-SP), GABRIEL JR, R. W. (SMS- Embu das Artes-SP)*

A mordida aberta é definida como uma deficiência no contato vertical entre os dentes antagonistas já que no desenvolvimento normal da oclusão é de se esperar que os dentes juntamente com o osso alveolar desenvolvam-se até encontrar seu antagonista oclusal no arco oposto. A etiologia da mordida aberta é multifatorial e esta quase sempre associada a uma desarmonia miofuncional que pode estar ligada a fatores genéticos, hábitos de sucção não nutritivos (aleitamento artificial, chupeta, sucção digital) e a alterações no padrão respiratório do paciente. Alguns autores concordam que é possível a auto correção da maloclusão, desde que o hábito seja removido até 3 anos e meio de idade se a criança possuir um padrão de crescimento facial favorável. Quando instalada esta maloclusão, principalmente na fase adulta, observa-se fonação atípica, gengivas inflamadas, aumento do terço inferior da face, ramo mandibular aberto, plano mandibular inclinado, corpo mandibular pequeno, tendência à classe II de Angle, entre outras intercorrências que podem interferir na estética facial e na qualidade de vida do paciente. Portanto, diagnóstico precoce e tratamento imediato, principalmente na infância constituem importantes meios de corrigir e limitar os danos causados por este desvio no padrão oclusal. Sendo assim, foi criado um

projeto piloto para atendimento precoce da mordida aberta em crianças de 7 a 8 anos de idade, no qual criança do gênero feminino de 7 anos de idade, apresentando mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior esquerda, participou do projeto piloto para tratamento da mordida aberta realizado no Centro de Especialidades Municipal de Itapeverica da Serra em 2010, no qual além do tratamento ortopédico funcional dos maxilares realizada pela ortodontista, a paciente também recebeu atendimento otorrinolaringológico e fonoaudiológico. Para a realização do tratamento ortopédico foi empregado inicialmente um expansor superior encapsulado (Planas Especiais) para expansão lateral da maxila (por aproximadamente 1 ano) e

na sequência foi instalado o aparelho SN3 (W. Simões) para fechamento da mordida (por 8 meses). No início do tratamento não houve colaboração espontânea da paciente em utilizar a aparatologia ortopédica porém, após 3 meses, devido ao empenho da mãe e da ortodontista, a paciente aceitou o tratamento, realizou a nasofibroscopia (na qual apresentou hipertrofia das tonsilas palatinas) e tornou-se uma das pacientes mais colaboradoras. Após a utilização correta dos aparelhos ortopédicos, com colaboração da paciente e atendimento interdisciplinar entre ortodontia, otorrinolaringologia e fonoaudiologia, a paciente apresentou fechamento da mordida e melhora na qualidade de vida.

## Parte IV – CARTA DE ATIBAIA

Coordenadores de saúde bucal, professores, profissionais de institutos de pesquisa, cirurgiões-dentistas (CD), auxiliares de saúde bucal (ASB) técnicos em saúde bucal (TSB), técnicos em prótese dentária (TPD), agentes comunitários de saúde (ACS), estudantes de odontologia e de cursos de ASB e TSB, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, biomédicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, engenheiros, administradores e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde, do governo federal e de municípios, e conselheiros municipais de saúde estiveram reunidos em Atibaia, nos dias 12 a 14 de maio de 2010, na 10ª edição do Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO 2010) e na 9ª edição do Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (COPOSC 2010).

O evento contou com 546 participantes provenientes de 120 municípios do estado de São Paulo e mais 9 estados da Federação e do Distrito Federal.

Foram inscritos 110 trabalhos, sendo 87 aprovados e 80 apresentados em oito salas de discussões temáticas, ministrados 13 cursos, uma atividade de formação política com conselheiros municipais de saúde, três atividades educativas, um Café com Ideias sobre o tema “A Gestão do Cuidado”. Foram realizadas duas mesas de debates que abordaram as conexões entre “A Política de Saúde Bucal e a Regionalização da Atenção à Saúde” e o tema das “Modalidades de Gestão de Redes Assistenciais”. Os apresentadores de pôsteres reunidos em salas de discussões temáticas trocaram conhecimentos em torno dos seguintes eixos: “Educação e Promoção em Saúde Bucal” (duas salas), “Gestão em Saúde Bucal”, “Recursos Humanos em Saúde Bucal”, “Experiências Inovadoras em Serviço”, “Epidemiologia e Urgência em Saúde Bucal” e “Universalização e Atenção Integral em Saúde Bucal” e “Temas Livres”. O tema central “FORTALECIMENTO DA SAÚDE BUCAL NA REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE” permeou todas as atividades e foi objeto de uma conferência na abertura dos trabalhos.

Os melhores trabalhos, nas categorias pesquisa científica e relato de experiência, receberam o “Prêmio Epatespo 2010 de Saúde Bucal Coletiva”.

Na plenária final, os participantes deliberaram sobre a necessidade de:

1. Incluir a saúde bucal na pauta das câmaras técnicas dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), a fim de que sejam pactuados planos operativos para elevar a resolutividade da atenção básica deslocando mais procedimentos para esse nível de atenção, e para estabelecer os pontos da rede de referência dos serviços de média e alta complexidade relevantes para as necessidades de saúde bucal da população da região.

2. Prever nos planos operativos, atividades para detectar os erros mais frequentes na entrada dos dados a fim de uniformizar os registros relativos aos serviços odontológicos nos sistemas de informação (desde a alimentação em nível local até a consolidação em nível estadual) e usar os indicadores de monitoramento e avaliação.

3. Delinear nos planos de ação, ações para expandir as equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em nível municipal e implementar os centros de especialidades odontológicas e os laboratórios de prótese dentária para oferecer retaguarda de caráter regional à rede de unidades de atenção básica.

4. Incluir nos planos operativos, medidas para identificar as unidades hospitalares e centros de assistência oncológica com aptidão para se articular a rede de unidades de atenção básica.

5. Considerar nos planos operativos, a construção do componente de saúde bucal dentro da política de vigilância em saúde.

6. Assegurar nos planos operativos, projetos de educação permanente objetivando a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde bucal (ASB, TSB e CD), para mudar o processo de trabalho e elevar a qualidade do cuidado à saúde bucal.

7. Definir profissionais de saúde bucal para assessorar o processo de regionalização junto às câmaras técnicas dos CGR de forma bipartite (SES-COSEMS-SP) para organizar as redes de atenção em saúde bucal do estado.

8. Lutar pela regulamentação imediata da EC-29, assegurando financiamento do SUS, com maior participação da esfera estadual na construção da política de atenção básica, com financiamento específico para a saúde bucal.

9. Reconhecer que as ações de saúde bucal no estado de São Paulo vêm sendo sustentadas majoritariamente com recursos municipais e federais e que é fundamental o co-financiamento das ações com recursos do nível estadual de gestão, cumprindo os três componentes do Pacto da Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, colocando em prática a noção da gestão solidária e compartilhada das três esferas do governo.

10. Acompanhar com atenção os debates sobre diferentes modalidades de gestão, tanto no âmbito da administração pública (autarquias, fundações estatais, etc.), quanto no da administração privada (organizações sociais, fundações privadas, etc.);

11. Compreender que, a despeito da discussão sobre a capacidade dessas modalidades em assegurar ou não, de modo mais eficiente, o alcance de metas, o equilíbrio econômico-financeiro, e a otimização dos recursos para a assistência à saúde, nenhuma delas é imune ou protegida contra o desvio e a malversação dos recursos públicos; sendo, portanto, fundamental garantir em qualquer das modalidades, a publicidade ou transparência das atividades administrativas, viabilizando o controle público pelos conselhos de saúde sobre os contratos de gestão e os planos operativos.

12. Reiterar a importância dos processos de formação de nível médio, graduação e pós-graduação, irem além das atividades nas disciplinas tradicionais a fim de contemplarem projetos que possibilitem aos educandos participar de atividades com finalidade pedagógica e de pesquisa desenvolvidas em diferentes espaços sociais, viabilizados por meio dos dispositivos legais vigentes entre as instituições de ensino e as Secretarias Municipais de Saúde visando a formação adequada ao Sistema Único de Saúde.

13. Desenvolver as competências dos municípios para planejar, organizar e executar projetos relacionados com a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, de vários níveis, de modo a não perder oportunidades, deixando de aplicar recursos alocados a essas ações.

14. Reiterar que as instituições do SUS, nas três esferas de governo, são corresponsáveis, com as instituições de educação, pela formação e a educação permanente em saúde bucal, e que essas atividades devem ser dirigidas aos trabalhadores da saúde e, também, devem integrar políticas de educação voltadas para demandas

da sociedade que requerem respostas adequadas dos poderes públicos.

15. Utilizar a epidemiologia em saúde bucal como uma ferramenta auxiliar para conhecimento das condições de saúde bucal da população a ser atendida com o propósito de planejar ações que tenham maior resolutividade.

16. Implementar sistemas de informação na rede para que os dados estejam disponíveis a todas as regiões do estado, facilitando o planejamento das ações e a troca de experiências de projetos bem sucedidos.

17. Utilizar as campanhas de vacinação para coleta de dados sobre lesões bucais e outros dados de interesse incentivando a capacitação do pessoal auxiliar nas campanhas de detecção de câncer da boca.

18. Disponibilizar aos municípios, capacitação e recursos para realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal.

19. Evitar esforços no sentido de promover maior integração entre as Secretarias da Educação e da Saúde visando maior integralidade das ações que exijam trabalho conjunto facilitando o alcance das metas e objetivos dos programas.

20. Promover estratégias de educação em saúde bucal e de campanhas preventivas específicas aos diferentes ciclos de vida (gestantes, bebês, adolescentes, idosos) envolvendo, entre outras, ações sobre aleitamento materno, mecanismos de aproximação junto aos adolescentes, e atividades com cuidadores de idosos.

21. Assegurar a universalização do acesso às ações de saúde bucal em todos os municípios do estado de São Paulo.

22. Estabelecer critérios para definição de risco social e integrá-los na triagem para classificação de risco às doenças bucais.

23. Definir um cronograma de educação permanente para a equipe de saúde bucal e para os agentes comunitários de saúde de forma a proporcionar a incorporação de novas tecnologias, atualização e integração entre as equipes melhorando a resolutividade das ações.

24. O Governo de o Estado dar subsídios e oferecer capacitações (atualizações) para o profissional de saúde bucal, tanto na área técnica como na formação humana e cidadania, viabilizando que os municípios ofereçam esses cursos para seus profissionais.

25. Estimular a formação de profissionais auxiliares em saúde bucal através de escolas técnicas públicas, e favorecer o estágio de alunos de cursos técnicos em unidades públicas de saúde, fortalecendo a formação de profissionais com perfil adequado para o trabalho no Sistema Único de Saúde.
26. Criar novas Escolas Técnicas de Saúde, gratuitas, que contemplem a formação de ASB e TSB no âmbito da saúde pública.
27. Compreender que o cuidado em saúde bucal envolve pelo menos três dimensões que se entrelaçam: a dimensão profissional ligada à responsabilização, ao vínculo e à postura ética na relação profissional-usuário; a dimensão organizacional correspondente às características do local ou centro de assistência, incluindo os dispositivos de acolhimento, os recursos existentes para visita domiciliar e para elaboração de projetos terapêuticos centrados nas necessidades do usuário; e a dimensão sistêmica que diz respeito à integralidade da rede de serviços.
28. Realizar cursos de aprimoramento e oficinas de capacitação para que os profissionais de saúde bucal (CD, ASB e TSB) realizem atendimentos com conhecimentos sobre os comportamentos, as posturas e as reações mais frequentes dos pacientes durante a assistência odontológica e sejam capazes de adequar também suas posturas, falas e o próprio atendimento ao perfil de cada paciente e à necessidade de cada caso na perspectiva da humanização das práticas nos serviços.
29. Criar protocolos de atendimento voltados aos diferentes ciclos de vida valorizando a criação do vínculo entre equipes de saúde bucal e pacientes (protocolos de atendimento a criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso).
30. Incorporar práticas integrativas em saúde bucal incluindo a abordagem psicanalítica na assistência odontológica e promover o cuidado em saúde bucal de forma interdisciplinar e multiprofissional.
31. Ampliar a participação de ASB, TSB e ACS nas ações em saúde bucal, como forma de aumentar a cobertura em saúde bucal, incorporando mais equipes da saúde bucal junto às equipes de saúde da família.
32. Garantir a discussão ampla a respeito do uso do amálgama e do destino de seus resíduos.
33. Incentivar a criação de cargos de ASB e TSB nos municípios.
34. Estimular a participação dos profissionais de saúde bucal no controle social do SUS.
35. Garantir e ampliar no EPATESPO, o espaço de debate e discussão para os ASB, os TSB e os conselheiros municipais da saúde, envolvendo principalmente reflexões sobre sua prática.
36. Garantir maior participação dos órgãos de classe nas discussões e definições das políticas em defesa dos profissionais de saúde bucal do setor público.
37. Incluir temas relativos aos pacientes com fissuras labiopalatinas e anomalias congênitas nas disciplinas dos cursos de especialização, e oferecer estágios para atendimento a pacientes fissurados.
38. Descentralizar os serviços de média complexidade para o atendimento aos portadores de fissuras labiopalatinas.
39. Capacitar equipes multidisciplinares em média complexidade para o atendimento aos portadores de fissuras labiopalatinas.
40. Divulgar a rede de serviços de alta complexidade existente no estado de São Paulo.
41. Garantir o transporte público intra e intermunicipal como já ocorre para portadores de outros agravos para melhorar o acesso e manter a adesão ao tratamento reabilitador aos portadores de fissuras labiopalatinas.
42. Criar condições para a detecção precoce da fissura labiopalatina no pré-natal por meio de exames ultrassônicos eficientes e orientações à família.
43. Fomentar pesquisas sobre células-tronco adultas para tratamento de fissuras labiopalatinas e anomalias congênitas.
44. Manter e ampliar a participação dos representantes da Câmara Técnica de ASB e TSB no Conselho Federal de Odontologia (CFO).
45. Pleitear junto ao CFO, a organização da 4ª Conferência das Profissões Auxiliares com o objetivo de discutir aspectos relativos à regulamentação profissional e a organização dessas profissões, em nível nacional e estadual.
46. Criar estratégias para fortalecer a Associação de ASB, TSB e TPD nos EPATESPO e ENATESPO.
47. Capacitar, estimular, incluir, valorizar, apoiar e defender os profissionais ASB e TSB dentro dos serviços de saúde, para participar da atenção integral ao paciente.

48. Garantir a participação dos ASB e TSB no planejamento local das ações de saúde bucal.
49. Criar fóruns de discussão sobre a saúde do trabalhador da saúde bucal.
50. Garantir a realização de exames preventivos relacionados aos riscos que os trabalhadores da saúde bucal no exercício da atividade profissional estão expostos, incluindo nestes a dosagem de mercúrio e, quando detectado, comunicar imediatamente a SES-CS.

## **Prêmio EPATESPO 2010 de Saúde Bucal Coletiva**

A Comissão Científica da 10ª edição do Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO 2010) e na 9ª edição do Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (COPOSC 2010) elegeu os seguintes trabalhos para o Prêmio EPATESPO 2010 de Saúde Bucal Coletiva:

### **A. Pesquisa Científica**

#### **Primeiro lugar:**

Avaliação do desempenho do Centro de Especialidades Odontológicas de Penápolis - SP no seu primeiro ano de funcionamento.

*Autores: Lenise Patrocínio Pires Cecilio (FOA-UNESP, PM-Penápolis), Ledo Cecilio (PM-Penápolis), Cléa Adas Saliba Garbin (FOA-UNESP), Suzely Adas Saliba Moimaz (FOA-UNESP).*

#### **Segundo lugar:**

A faixa etária de adultos preconizada pela Organização Mundial de Saúde para estudos epidemiológicos deve ser ampliada?

*Autores: Marília Jesus Batista, Lilian Berta Rihs (SMS-Piracicaba), Maria da Luz Rosário de Sousa (FOP-Unicamp).*

#### **Terceiro lugar:**

Os reflexos das recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal sobre os cursos de graduação em odontologia.

*Autores: Anderson Gomes Mota, Maria Alice Nassif de Mesquita (UNIFESP).*

#### **Menções honrosas:**

1. Contribuição do curso de formação profissional de Auxiliar em Saúde Bucal na prática dos serviços de saúde e na vida dos profissionais envolvidos.

*Autora: Jaqueline Alves Lopes Sartori (ETSUS-SP/CEFORSMS).*

2. O impacto da disfunção temporomandibular na qualidade de vida e a relevância da inclusão do diagnóstico e tratamento no serviço público.

*Autores: Ricardo Luiz Smith (UNIFESP/EPM), Anderson Israel de Anchieta Ramos (UNIFESP/EPM, SMS-ASSIS), Daniela Catelani Sendão (SMS-ASSIS), Cláudia Mailho Fontana (SMS-ASSIS).*

3. Procura por acesso em demanda espontânea: principais queixas e caracterização dos usuários.

*Autores: Vinício Felipe Brasil Rocha (OSS Santa Marcelina), Fabiana da Rocha (OSS Santa Marcelina), Julie Silvia Martins (OSS Santa Marcelina).*

### **B. Relato de Experiência**

#### **Primeiro lugar:**

Alternativa de armazenamento e descontaminação de escovas dentais nas escolas municipais de Peruíbe Sandra G Silva (SMS - Peruíbe).

*Autores: Claudia de Oliveira Ferreira (SMS - Peruíbe).*

#### **Segundo lugar:**

Projeto intersetorial “Um Sorriso no Meu Futuro”: formação de auxiliares em saúde bucal.

*Autores: Kristianne Porta Santos Fernandes, Isabel Cristina Paqliarini Fuentes, Francisco Ângelo Biaçioni, Rosana De Vito Izzo, Humberto Pellegrini Neto (SMS - São Bernardo do Campo).*

#### **Terceiro lugar:**

Pró- Saúde - Odontologia: a experiência da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp.

*Autores: Valéria Aparecida dos Santos Nogueira, Marcelo de Castro Meneghim, Antonio Carlos Pereira, Maria da Luz Rosário de Sousa, Fábio Luiz Mialhe (FOP-UNICAMP).*

#### **Menções honrosas:**

1. Importância do envolvimento multiprofissional como estratégia na Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal.

*Autores: Lenise Patrocínio Pires Cecilio, Cléa Adas Saliba Garbin, Suzely Adas Saliba Moimaz (FOA-UNESP).*

2. Promoção de saúde bucal do doente acamado no município de Valinhos.

*Autores: Franco, KMD e Roncaçglia PLFF*

3. A saúde bucal na Região dos Mananciais e Rota dos Bandeirantes.

*Autores: Izabella F. Matos (SMS Taboão da Serra), Eliana Tikami (SMS São Lourenço da Serra), Luciana Isuka*

*(Aut. de Saúde de Itapeçerica da Serra), Olga D. Pires (SMS Embu), Silvana Geraldes (SMS Vargem Grande Paulista), Luciano M. Snidei (SMS Itapevi), Alberto Kesselring (SMS Barueri), Magali Olher (SMS Juquitiba), Simone Santos (SMS Carapicuíba), Roberta Nunes (SMS Cotia), Tomás Pimentel (SMS Jandira), Andréa Bruschi (SMS Embu-Guaçu), Soraia Camarneiro (SMS Osasco), Eugênia Vereischi (SMS Pirapora do Bom Jesus), Rosana Lappo (SMS Santana do Parnaíba).*

### **DELIBERAÇÃO FINAL**

*A plenária final da 10ª edição do Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO 2010) e na 9ª edição do Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (COPOSC 2010) deliberou que a 11ª edição do Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO 2012) e na 10ª edição do Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (COPOSC 2012) serão realizados em 2012 na cidade de Ribeirão Preto.*

# Parte V – CARTA DE RIBEIRÃO PRETO

Gestores, coordenadores de saúde bucal, professores, profissionais de institutos de pesquisa, cirurgiões-dentistas, profissionais técnicos em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal, técnicos de prótese dentária, agentes comunitários de saúde, estudantes de odontologia, médicos, enfermeiros, psicólogos e administradores e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde estiveram reunidos em Ribeirão Preto de 23 a 25 de maio de 2012 no 11º EPATESPO (Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) e 10º COPOSC (Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva).

Os eventos contaram com 694 participantes provenientes de 116 municípios de 5 Estados (São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Goiás). Foram apresentados 140 trabalhos, ministrados 15 cursos, realizadas 17 sessões temáticas e 2 mesas de debates (“O município, a Saúde Bucal e a Regionalização da Atenção a Saúde: Caminhos e Desafios” e “Integração Ensino-Serviço-Comunidade: da concepção à prática”). As Discussões Temáticas abordaram os seguintes eixos: “Atenção integral em saúde bucal”; “Educação em saúde”, “Epidemiologia em saúde bucal e vigilância à saúde bucal no SUS”, “Experiências inovadoras em serviços”, “Integração Ensino-Serviço-Comunidade”, “Monitoramento e avaliação de saúde bucal”, “Planejamento e financiamento em saúde bucal”, “Recursos humanos em saúde bucal” e “Temas livres”.

O tema central, “O Município, a Saúde Bucal e a Regionalização: caminhos e desafios” permeou todas as atividades e foi objeto de conferência na abertura dos trabalhos.

Na plenária final os participantes deliberaram sobre a necessidade de:

1. Implantar políticas públicas de saúde que auxiliem na redução das desigualdades sociais, tendo em vista os determinantes sociais de saúde;
2. Reconhecer que, além dos fatores biológicos, as doenças bucais decorrem de processos sociais e econômicos. Por essa razão, reafirmamos a importância de abordagens baseadas no enfoque multidisciplinar e nas ações multiprofissionais e intersetoriais;
3. Reiterar que o trabalho em saúde e, mais especificamente o trabalho em saúde bucal, têm bases técnicas e

científicas, mas é, sobretudo trabalho social. Por isso, essa dimensão humanística impõe a todos nós levar em conta aspectos éticos relacionados ao trabalho que desenvolvemos. O respeito ao outro, que deriva também do respeito a si mesmo, é um princípio que deve estar presente em todos os processos de formação, gestão do trabalho e cuidado em saúde. Este não pode ser relativizado nem quebrado, sob qualquer motivo, na realização de cada ação de saúde. Isto implica trabalhar sob condições adequadas, com recursos suficientes, sendo a existência dessas condições uma responsabilidade tanto de gestores quanto de cada profissional;

4. Exigir a criação da Carreira Única Nacional do SUS, democraticamente discutida com todos os setores envolvidos, com clara definição de planos, quadros, categorias, papéis de Estados e Municípios, com respeito a esses entes federativos e aos trabalhadores do SUS, como estratégia para seguir na construção de um sistema público de saúde, de acordo com os princípios constitucionais de acesso universal, baseado na integralidade e equidade nas ações e serviços de saúde. Esta carreira é o meio mais eficaz para evitar que predominem interesses corporativistas nas negociações salariais e que categorias profissionais lancem mão de posições privilegiadas no mercado de trabalho para impor soluções aos gestores do SUS. Sendo um direito humano fundamental, a saúde, nela incluída a saúde bucal, deve ser tratada por gestores e trabalhadores da saúde como um direito social. As ações que garantem às pessoas o exercício desse direito, e os trabalhadores que executam essas ações, não são mercadorias, cujos preços se formam a partir de interesses de mercado. O princípio da justiça salarial, e não algum interesse de mercado, deve prevalecer nas decisões sobre a remuneração do trabalho em saúde em cada esfera de governo, de acordo com a realidade orçamentária de cada Município, Estado ou da União;
5. Ampliar as fontes de financiamento do SUS nas três esferas de governo, mediante a urgente e necessária Reforma Tributária do Estado Brasileiro;
6. Assegurar, por parte do Governo do Estado de São Paulo, o cofinanciamento das ações e serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção (básica, média e alta complexidade);

7. Aumentar o financiamento para a saúde bucal que contemple investimentos na ampliação das equipes, insumos e equipamentos, e adequações dos ambientes de trabalho visando a saúde dos trabalhadores e proporcionando serviços odontológicos de qualidade aos usuários do SUS;
8. Incentivar os municípios a criarem estrutura administrativa na área de saúde bucal que permita o gerenciamento adequado das ações, articulando a vigilância em saúde com a atenção básica e demais níveis de atenção, por meio do planejamento e organização locais de saúde e avaliação permanente dos serviços;
9. Garantir a inserção da atenção em saúde bucal nas redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde (rede cegonha, urgência/emergência, saúde mental, saúde à pessoa com deficiência e outras);
10. Garantir que a saúde bucal seja incluída na pauta de discussões da RRAS - Rede Regional de Assistência em Saúde;
11. Assegurar assistência em saúde bucal às populações vulneráveis (assentados rurais, quilombolas, indígenas, institucionalizados, pessoas em sofrimento mental) e à população inscrita em programas específicos (hipertensos, diabéticos, gestantes etc.);
12. Garantir a inclusão das Equipes Técnicas de Saúde Bucal nas Câmaras Técnicas para debater a agenda de Saúde Bucal nas Comissões Intergestoras Regionais (CGR/CIR) e retomar o grupo técnico bipartite da saúde bucal na Comissão Intergestora Bipartite, composto pela SES-SP e pelo COSEMS-SP;
13. Incentivar a sociedade a promover a inclusão do paciente com necessidades especiais, preparando-a para receber o diferente, revendo conceitos e mudando paradigmas;
14. Proporcionar à equipe de saúde bucal educação permanente, visando a qualificação do cuidado;
15. Implantar protocolos de reabilitação com implantes (overdenture) de edêntulos com suporte ósseo insuficiente para próteses totais convencionais estáveis;
16. Assegurar a implantação da fluoretização das águas de abastecimento público em todos os municípios paulistas, implementando sistemas de vigilância dos teores do fluoreto das águas de abastecimento público (heterocontrole), com divulgação sistemática dos dados, garantindo assim, teores adequados de fluoreto nas águas de abastecimento público;
17. Reivindicar o estabelecimento de penalidades aos gestores dos sistemas públicos de abastecimento de água que descumpram a Lei 6.050/1974;
18. Divulgar amplamente os benefícios da fluoretização das águas de abastecimento público e formas de utilização de produtos fluoretados para evitar a fluorose dentária;
19. Utilizar a epidemiologia como ferramenta de planejamento das redes de atenção em saúde bucal, incluindo estudos dos determinantes sociais de saúde;
20. Utilizar as ações de saúde bucal como indicador da qualidade da atenção em saúde;
21. Incentivar, criar e implementar sistema de avaliação dos serviços de saúde, bem como qualificar os profissionais para a sua interpretação e prática;
22. Implementar sistemas de avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal, de forma a instrumentalizar gestores, trabalhadores e usuários;
23. Utilizar os indicadores propostos no PMAQ/MS na avaliação de todas as equipes de saúde bucal e não apenas daquelas da estratégia de saúde da família;
24. Estabelecer pré-requisitos de profissionalização no SUS para ocupação de cargos/ funções de gestão ou posições estratégicas no governo;
25. Lutar pela aprovação da lei que fixa o piso salarial de médicos e dentistas;
26. Criar um grupo técnico no Ministério da Saúde com a participação de entidades representativas da categoria e gestores baseados na Lei 11.889/2008, com a função de elaborar um documento que subsidie a elaboração/criação de Decreto Presidencial regulamentando a lei;
27. Atualizar e adotar a denominação profissional ASB e TSB em todos os serviços de saúde;
28. Incorporar profissional auxiliar (TSB, ASB, APD, TPD e TME) na organização da atenção em saúde bucal, ampliando e estimulando a formação desse recurso, por meio das escolas técnicas do SUS, com apoio da SES-SP;
29. Incentivar a maior participação dos profissionais dos serviços em encontros como o EPATESPO;
30. Manter a participação de ASB e TSB na organização dos próximos EPATESPO;
31. Aumentar a carga horária do curso introdutório dos ACS de 40 para 60 horas disponibilizando 20 horas para conteúdos de saúde bucal.

32. Estabelecer metodologia de educação que incentive vínculo, continuidade e longitudinalidade na formação dos profissionais na área de saúde bucal;
33. Capacitar as equipes de saúde bucal e os demais membros da equipe nuclear da ESF para o trabalho multiprofissional;
34. Estimular e garantir a educação permanente dos profissionais de saúde bucal, criando mecanismos de valorização profissional (planos de cargos, carreiras e salários) associados a essas capacitações;
35. Utilizar, nos processos de recrutamento e seleção de recursos humanos, avaliações de conhecimentos técnicos, bem como grau de comprometimento com o SUS;
36. Estimular os profissionais a participarem de cursos relativos à saúde do trabalhador;
37. Incluir avaliações permanentes e periódicas da biossegurança e aspectos relativos à segurança ocupacional nas unidades de saúde;
38. Fortalecer a capacitação em saúde bucal dos conselheiros de saúde e gestores municipais;
39. Assegurar e estimular a realização de ações de educação e prevenção em saúde bucal pelo TSB, não sendo esta ação exclusiva dos cirurgiões-dentistas;
40. Capacitar as equipes para o atendimento de populações provenientes de outros países, especialmente aquelas de países vizinhos, dadas as peculiaridades sociais e culturais dessas populações;
41. Incentivar a realização de estágios curriculares e ou extracurriculares das instituições de ensino na área de saúde bucal no SUS;
42. Habilitar a supervisão à distância dos estágios;
43. Instituir mecanismos de avaliação quanti-qualitativas dos estágios;
44. Sensibilizar o corpo docente na aceitação e realização dos estágios SUS;
45. Estabelecer parcerias com universidades para oferecer cursos de especialização, capacitação, aprimoramento, aperfeiçoamento, atualização para os cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
46. Pactuar com a Secretaria da Educação a capacitação em saúde bucal dos professores da escola pública, para atuar no processo de formação dos alunos, incluindo o tema de forma transversal, desde a educação infantil até o ensino médio;
47. Estimular e implementar a integração ensino-serviço-comunidade e a pesquisa no PET-Saúde;
48. Reiterar a importância da realização de pesquisas no SUS e sua pertinência para os serviços e comunidade;
49. Assegurar que os resultados e/ou produtos obtidos com a realização das pesquisas no SUS sejam disponibilizados aos serviços e comunidade, tendo em vista que a ciência deve estar a serviço da sociedade;
50. Garantir apoio técnico da esfera estadual aos municípios, atuando de forma mais decisiva nas discussões regionais, complementando as especialidades odontológicas dos CEO nos AME e promovendo a integração entre articuladores da atenção básica e interlocutores de saúde bucal dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS);
51. Estabelecer que a agenda dos profissionais de saúde bucal seja gerenciada na recepção das unidades de saúde, sendo avaliada sistematicamente a fim de nortear a disponibilidade da oferta de serviços, bem como monitorar o absenteísmo, tornando-se, assim, um instrumento de gestão;
52. Organizar os serviços de saúde bucal prioritariamente em unidades de saúde, desenvolvendo apenas ações preventivas e de educação em saúde em escolas e outros espaços sociais coletivos;
53. Adequar a oferta de serviços/ações de saúde bucal às necessidades dos usuários;
54. Implantar instrumentos de avaliação em saúde bucal que contemplem atividades de assistência odontológica e atenção em saúde, incorporando metodologias qualitativas e quantitativas, assegurando-se a participação dos trabalhadores na definição dessas políticas;
55. Estabelecer mecanismos eficientes de referência e contra-referência na atenção de média e alta complexidade;
56. Incluir, na rotina dos serviços, a manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos;
57. Utilizar legislação vigente (NR32 - PCMSO-Programa de controle médico e saúde ocupacional, etc.) na organização e gerenciamento dos serviços odontológicos;
58. Garantir condições de trabalho com relação a estrutura física, equipamentos, materiais e recursos humanos;

59. Estimular os municípios, especialmente os de grande porte, a implantar a estratégia de saúde da família incluindo as equipes de saúde bucal;
60. Implementar o acolhimento nas unidades de saúde e incluir a classificação de risco de vulnerabilidade social e biológico no planejamento das ações de saúde;
61. Reorganizar o sistema de informação para incluir dados de saúde bucal nas fichas de cadastro dos ACS;
62. Organizar o atendimento nas unidades de saúde de forma a possibilitar a utilização dos serviços pelos trabalhadores;
63. Estimular ações de promoção de saúde com relação aos hábitos alimentares nas escolas;
64. Estabelecer atenção multiprofissional, entre as quais a área de saúde bucal, com foco no envelhecimento ativo, buscando preservar a autonomia e independência da população idosa;
65. Estimular a implementação do Serviço de Odontologia Hospitalar por meio da incorporação de equipe de saúde bucal na equipe multiprofissional dos hospitais públicos e hospitais conveniados ao SUS;
66. Garantir a participação do profissional de saúde bucal na equipe multiprofissional de atendimento dos casos de violência doméstica;
67. Incentivar maior participação do cirurgião dentista nas equipes multiprofissionais de pesquisas sobre obesos mórbidos, pós-cirurgia bariátrica, tendo em vista que os dados encontrados levantam hipóteses principalmente para o aumento da doença periodontal;
68. Vincular as Secretarias de Educação e Saúde no planejamento, organização e financiamento dos programas de ações coletivas em Educação em Saúde Bucal;
69. Assegurar a contratação de ASB e TSB para compor a equipe de saúde bucal nas ações de saúde, respeitando proporcionalidade entre CD/ASB/TSB.

# Prêmio EPATESPO 2012 de Saúde Bucal Coletiva

A Comissão Científica do 11º Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico e 10º Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva elegeu os seguintes trabalhos para o Prêmio EPATESPO 2012 de Saúde Bucal Coletiva:

## A. Pesquisa Científica

### 1º lugar

Impacto de variáveis sociodemográficas no pronto atendimento odontológico de Piracicaba-SP

*Autores: FONSECA, DAV (SMS-Piracicaba-SP); AMBROSANO, GMB (FOP-UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP); MIALHE, FL (FOP-UNICAMP); MENEGHIM, MC (FOP-UNICAMP)*

### 2º lugar

As práticas de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Bauru-SP: dificuldades e desafios

*Autores: MATOS, PES (FOB-USP-Bauru-SP-SP); PINTO, RO (FOB-USP-Bauru-SP-SP); SALES PERES, SHC (FOB-USP-Bauru-SP-SP)*

### 3º lugar

A prática da saúde bucal nas equipes de Saúde da Família.

*Autores: SILVEIRA, F (USP-FORP); WATANABE, MGC (USP-FORP); MISHIMA, SM (USP-EERP)*

### Menções Honrosas

Avaliação da resolutividade em saúde bucal na atenção básica e secundária comparando os modelos de atenção existentes no município de Marília-SP

*Autores: BULGARELLI, JV (FOP-UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP)*

Inovação na relação ensino-serviço: o PET-Saúde como indutor da qualificação profissional

*Autores: FONSÊCA, GS (FOUSP-São Paulo-SP); JUNQUEIRA, SR (FOUSP-São Paulo-SP)*

## B. Relato de Experiência

### 1º lugar

Saúde do homem: inserção da equipe de saúde bucal

*Autores: GRIGOLETTO, MPC (ASF-SP); NETO, ET (ASF-SP); SANCHEZ, CHM (ASF-SP); VIEIRA, PAG (ASF-SP); SANTOS, RB (ASF-SP)*

### 2º lugar

Protocolo de atenção integral à gestante na estratégia saúde da família, realizado pela equipe de saúde bucal da UBS Paraisópolis I.

*Autores: ROCHA, AL (Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); BARBIERI, W (Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP); BALDUSCO, TT (Albert Einstein, SMS-São Paulo-SP)*

### 3º lugar

Projeto de prevenção do câncer bucal e tratamentos das lesões orais da prefeitura municipal de Monte Alto-SP

*Autores: ARIOLI, MH (PM-Monte Alto-SP); FANTINI, LD (PM-Monte Alto-SP); FUGITA, DMP (PM-Monte Alto SP); FANTINI, A (PM-Monte Alto-SP); AZENHA, MR (CAEDO/FORP/USP); LACERDA, SA (CAEDO/FORP/USP)*

### Menções Honrosas

O uso da classificação de risco de cárie em escolares para a otimização e planejamento do tratamento

*Autores: FELIX, ER (PM-Suzano-SP)*

Diferenças na prevalência da cárie dentária segundo cor da pele em crianças residentes na cidade de São Paulo em 2008

*Autores: MARQUES, RAA (SMS-São Paulo-SP); FRIAS, AC (SMS-São Paulo-SP); CRUZ, DS (SMS-São Paulo-SP); FILIPPIS, CM (SMS-São Paulo-SP)*

# DELIBERAÇÃO FINAL

A plenária final da 11ª edição do Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO 2012) e da 10ª edição do Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (COPOSC 2012) deliberou que a 12ª edição do Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO 2014) e da 11ª edição do Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (COPOSC 2014) serão realizados em **2014** na cidade de **Piracicaba-SP**.

**Assessoria Normativa/Consultants**

Biblioteca: Centro de Informação e Referência da Faculdade de Saúde Pública da USP  
Sabina Léa Davidson Gotlieb

**Revisão do idioma Inglês/English revision**

Carolina Siqueira Muniz Ventura  
Flora M. G. Vezzà

**Revisão do idioma Espanhol/Spanish revision**

Adriana Rodríguez

**Revisão do idioma Português/Portuguese revision**

Débora Andrade Silva  
Elaine Azevedo Pinto  
Flora M. G. Vezzà  
Ligia Terezinha Pezzuto

**Revisão de Referências/Reference Revision**

Claudia Malinverni

**Capa e Projeto Gráfico/Cover and Graphic Project**

Caracol Design, [www.caracoldesign.com.br](http://www.caracoldesign.com.br)

**Impressão/Print**

Gráfica Bartira

**Endereço/Address**

Av. Dr. Arnaldo 715, Espaço Editorial, sala 2  
Faculdade de Saúde Pública, CEP 01246 904, São Paulo, SP  
Tel (11) 3061.7880  
E-mail: [saudesoc@usp.br](mailto:saudesoc@usp.br)

**Versão on line com textos na integra/Version on line in full**

[www.scielo.br/sausoc](http://www.scielo.br/sausoc) e [www.apsp.org.br/saudesociedade](http://www.apsp.org.br/saudesociedade)

Artigos publicados na revista refletem o ponto de vista dos autores não coincidindo, necessariamente, com o da Comissão Editorial. Não é permitida a reprodução de matéria publicada sem prévia autorização dos Editores.

The articles published in the journal reflect the point-of-view of the authors, however they do not necessarily reflect that of the Editorial Commission.

No part of the material published may be reproduced without prior permission from the Editors.

Saúde e Sociedade é afiliada  
à Associação Brasileira de  
Editores Científicos - ABEC



Apoio



Ministério  
da Educação



Ministério da  
Ciência e Tecnologia



# SAÚDE e SOCIEDADE

[www.apsp.org.br/sauesociedade](http://www.apsp.org.br/sauesociedade)  
[www.scielo.br/sausoc](http://www.scielo.br/sausoc)

Hotel oficial  
do evento:



Patrocínio:



Apoio:



Realização:

