

O PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES EM ARARAQUARA-SP – O DESEMPENHO EM 1988

Maria do Carmo Costa VASCONCELLOS*

Ana Ligia ROZATO**

Cleide BARONETTO**

Edney Pereira LÉO**

Iria de Fátima Machado de Campos BARRETTOS**

Shirley Aparecida Barbosa da SILVA**

RESUMO: Descreve-se a transformação da composição do índice ceo, resultante do programa de saúde bucal implementado pela Prefeitura Municipal de Araraquara-SP, para a população de pré-escolares de 3 a 6 anos de idade, matriculada em Centros de Educação e Recreação, em 1988. Observa-se haver maior contribuição do componente "o" para o índice ceo, ao final do ano letivo.

UNITERMOS: Programa de saúde pública; programa de saúde bucal.

INTRODUÇÃO

A implantação de um programa de saúde pública visa à promoção, manutenção e recuperação de saúde da população-alvo, ou seja, daquela para a qual são dirigidas as ações de saúde. No caso de programas odontológicos de saúde pública, a população de escolares de 7 a 14 anos de idade, geralmente, constitui a população-alvo, por razões biológicas (fase de erupção da dentição permanente) e administrativas (o fato da prestação de serviços poder ser realizada no ambiente escolar). Por tradição, no Brasil, a esfera do poder público representada pelo nível estadual, responsabiliza-se por esta população prioritária, através dos serviços dentários escolares², ficando a encargo das Prefeituras, com recursos suficientes para tanto, o oferecimento de serviços a outros grupos. Tal situação deve alterar-se com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde¹ e a conseqüente municipalização dos serviços de

* Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14800 – Araraquara – SP.

** Departamento de Saúde e Promoção Social da Prefeitura Municipal de Araraquara – 14800 – Araraquara – SP.

saúde; no entanto, como este é um processo naturalmente lento, a antiga organização persiste em alguns locais, com os serviços municipais tendo como prioridade para atendimento, outros grupos populacionais.

No caso de Araraquara, a ênfase do atendimento odontológico oferecido pelo Poder Municipal concentra-se na população de pré-escolares de 3 a 6 anos de idade, matriculada em Centros de Educação e Recreação-CER e para a qual vem sendo implantado programa de saúde bucal que obedece a racionalização do sistema incremental¹².

O objetivo desta investigação é apresentar o desempenho do programa em 1988, comparando a situação observada em abril com a situação alcançada em novembro e, também, com as condições bucais de crianças matriculadas em CER onde o programa ainda não foi implementado.

MATERIAL E MÉTODOS

A população de estudo da investigação constituiu-se de crianças de 3 a 6 anos de idade, de ambos os sexos, matriculadas nos CER Carmelita Garcez, Cotinha de Barros, Eloá Quadros e Leonor Mendes de Barros (1 453 crianças em abril e 1 377, em novembro), onde se desenvolve o programa, e 537 crianças com as mesmas características, matriculadas nos CER Ciro Guedes Ramos, Adelina L. do Amaral, Honorina Comelli Lia e Eduardo B. Coelho, onde não há prestação de serviços odontológicos.

O nível da condição bucal da população é definido por levantamento epidemiológico de cárie dentária em dentes temporários, através do índice ceo, de GRUEBELL⁶, utilizando-se sonda exploradora nº 5 e espelho bucal plano. Os critérios de diagnóstico, para classificação do dente que atravessou a fibro-mucosa, podendo ser tocado com a sonda exploradora, são os descritos por VIEGAS & VIEGAS¹³.

O levantamento epidemiológico foi efetuado pelas cirurgiãs-dentistas do Departamento de Saúde e Promoção Social da Prefeitura Municipal de Araraquara, nos CER onde se desenvolve o programa e por doutorandos da Faculdade de Odontologia da UNESP, nos CER que não são atingidos pelo programa. A calibração de todos os examinadores (tanto cirurgiãs-dentistas quanto doutorandos) foi feita por uma das autoras do trabalho, objetivando assegurar uniformidade de critérios e técnicas de exame.

RESULTADOS

Considerando os 4 CER em que o programa está em execução, observa-se que, em abril (Tabela 1), exceto para crianças com 6 anos de idade, a soma dos componentes "c" + "e", ou seja, dente temporário cariado + dente temporário com extração indicada, tem um valor maior que o componente "o", isto é, dente temporário restaurado. Isto significa que, para as crianças de 3 a 5 anos de idade, as necessidades de

tratamento a satisfazer superam as necessidades já satisfeitas. Em novembro (Tabela 2), ao contrário, o componente “o” supera a soma dos componentes “c” + “e” para todas as idades, sendo que, para crianças com 6 anos, tal componente contribui com 73,81% para a totalização do índice. Portanto, elevou-se o nível de saúde bucal da população, com maior controle sobre a doença, como se pretendia ao planejar o programa.

TABELA 1 – Índice ceo e componentes para crianças de ambos os sexos, segundo a idade, matriculadas em 4 Centros de Educação e Recreação* de Araraquara-SP, em abril de 1988

IDADE	Nº DE CRIANÇAS	c	e	o	ceo
3	202	1,6	0,1	0,2	1,9
4	362	1,4	0,1	1,1	2,6
5	509	1,6	0,3	1,3	3,2
6	380	1,2	0,4	2,3	3,9

* CER Carmelita Garcez, CER Cotinha de Barros, CER Eloá Quadros e CER Leonor Mendes de Barros

TABELA 2 – Índice ceo e componentes para crianças de ambos os sexos, segundo a idade, matriculadas em 4 Centros de Educação e Recreação* de Araraquara-SP, em novembro de 1988

IDADE	Nº DE CRIANÇAS	c	e	o	ceo
3	134	1,1	0,0	1,4	2,5
4	327	0,9	0,1	2,3	3,3
5	476	0,9	0,1	2,9	3,9
6	440	0,8	0,3	3,1	4,2

* CER Carmelita Garcez, CER Cotinha de Barros, CER Eloá Quadros e CER Leonor Mendes de Barros

No entanto, mesmo a situação observada em abril, de acordo com a expectativa, menos satisfatória que a apresentada em novembro, ainda é mais favorável que aquela em que se encontram as crianças matriculadas em CER onde não há prestação de serviços odontológicos (Tabela 3). O fato é consequência das atividades programáticas executadas em anos anteriores e que se refletem na maior quantidade de

dentes temporários já restaurados, no levantamento epidemiológico feito ao início do ano letivo, embora se considerem, nesta investigação, também as crianças que não são atingidas previamente pelo programa, isto é, as que se matriculam posteriormente nos CER. Adota-se esta conduta por ser a que reflete a realidade do atendimento, repercutindo, portanto, na eficácia do programa.

TABELA 3 – Índice ceo e componentes para crianças de ambos os sexos, segundo a idade, matriculadas em 4 Centros de Educação e Recreação* de Araraquara-SP, em setembro de 1988

IDADE	Nº DE CRIANÇAS	c	e	o	ceo
3	88	1,3	0,0	0,2	1,5
4	129	2,0	0,1	0,4	2,5
5	161	3,0	0,3	0,7	4,0
6	159	2,3	0,5	0,8	3,6

* CER Ciro Guedes Ramos, CER Adelina L. do Amaral, CER Honorina Comelli Lia e CER Eduardo B. Coelho

DISCUSSÃO

As funções administrativas de planejar e avaliar os programas de saúde bucal são essenciais para que se destinem com eficiência os recursos disponíveis na comunidade^{8,9}. Não obstante, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal³ arrola entre os aspectos negativos do modelo brasileiro de prática odontológica, que este “caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência”. Certamente contribuem para a situação no planejamento e avaliação, o que é confirmado pelo próprio Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS⁷, ao declarar que, dentre as distorções mais comuns observadas na prestação de serviços odontológicos, nas modalidades assistenciais vinculadas ao INAMPS, destaca-se a “insuficiência de planejamento e de mecanismos adequados de controle e avaliação”.

Na assistência odontológica oferecida pelo Município de Araraquara, o trabalho desenvolvido tem destacado estas funções administrativas, por entender serem as mesmas inerentes ao processo administrativo e precípuas a este nível de governo. Há respaldo para essa forma de entender a questão em proposta da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal³, para a qual competiria a nível municipal, “o levantamento das necessidades, o planejamento, a execução, o controle e a avaliação dos serviços locais” e também na opinião de PINTO¹¹, para quem, “compete ao nível local a operação dos serviços básicos, a elaboração e avaliação da programação doméstica, a realização de levantamentos epidemiológicos e de estudos de seu interesse”.

No entanto, é preciso considerar também as dificuldades, para o município, peculiares a este atendimento, visto que, como salienta PASSANEZI¹⁰, a complexidade do planejamento da atenção odontológica é evidente, “pois a demanda é sempre muito maior do que a virtual capacidade dos serviços de saúde em atendê-la”.

Aceitas estas dificuldades e a comum inexistência de planos e meios de avaliação em serviços de saúde bucal, mas tendo a convicção de que a conduta tradicional precisa ser modificada, para benefício da comunidade, tem-se a preocupação, no caso deste programa, ao planejar, de estabelecer objetivos “realístico, exeqüível e mensurável”⁵ e avaliar em que medida o mesmo vem sendo atingido, já que a eficácia de qualquer organização depende da extensão na qual seus objetivos são alcançados. Para tanto, expressa-se o objetivo em termos de índice epidemiológico, como preconizam DEVER⁴ e DOWELL⁵, em tempos e locais diversos e comparam-se os resultados, pretendendo-se que a composição do índice se altere, no período, com maior contribuição do componente “o” e conseqüente redução dos componentes “c” e “e”.

A Tabela 4 apresenta esta comparação, evidenciando a distribuição proporcional de cada um dos componentes do índice.

TABELA 4 – Distribuição proporcional dos componentes do índice ceo para crianças de ambos os sexos, de 3 a 6 anos de idade, segundo a existência do programa e o mês do levantamento epidemiológico, em Centros de Educação e Recreação de Araraquara-SP, em 1988

CER*	EXISTÊNCIA DO PROGRAMA	MÊS	c %	e %	o %	ceo %
I	sim	abril	50,00	7,76	42,24	100,00
I	sim	novembro	26,62	3,60	69,78	100,00
II	não	setembro	74,14	7,76	18,10	100,00

* I – CER Carmelita Garcez, CER Cotinha de Barros, CER Eloá Quadros e CER Leonor Mendes de Barros.
 II – CER Ciro Guedes Ramos, CER Adelina L. do Amaral, CER Honorina Comelli Lia e CER Eduardo B. Coelho.

Observa-se que os componentes “c” + “e” contribuem com 57,76% em abril, nos CER com atendimento; 30,22% em novembro, nos mesmos CER e 81,90%, em setembro, nos CER em que não há atendimento. Nestes, como se vê, apenas 18,10% dos dentes temporários atacados por cárie dentária estão restaurados, enquanto esta proporção é de 69,78%, em novembro, nas CER com atendimento.

Portanto, a avaliação indica uma melhora no nível de atendimento, o que fica mais evidente se os dados forem comparados aos de setembro de 1985, e, que “c” + “e” contribuíam com 70,71% em 3 CER com atendimento odontológico¹². Porém, ao se cotejar os dados de 1985 com de 1988, é preciso considerar que, neste último ano, mais uma cirurgiã-dentista passou a integrar a equipe de prestação de serviços odontológicos a esta população, o que, certamente, afetou os resultados.

DEVER⁴ afirma que “o propósito da avaliação é responder às questões dos administradores que desejam saber se devem continuar um programa, estendê-lo a outros locais, modificá-lo ou encerrá-lo”. A presente avaliação, limitada à transformação da composição do índice ceo, indica que o programa (associado a ações de prevenção primária para redução da incidência da doença...) deve continuar onde já foi implementado e, se houver disponibilidade de recursos, ser adotado em outros CER, para maior benefício da população pré-escolar do município.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados indicam que:

1. A situação observada em novembro de 1988, em CER com atendimento odontológico, é mais favorável que a situação observada em abril, pois, ao início do ano letivo, apenas 42,24% dos dentes temporários atacados por cárie dentária, na população de 3 a 6 anos de idade, estão restaurados, enquanto, ao final do ano letivo, esta proporção aumenta para 69,78%.
2. A situação observada em CER com atendimento odontológico é mais favorável que aquela observada em CER sem atendimento odontológico, pois, nestes, em setembro, apenas 18,10% dos dentes temporários atacados por cárie dentária, na população de 3 a 6 anos de idade, estão restaurados.

VASCONCELLOS, M. do C. C., *et alii* – Dental health program to pre-school children in Araraquara-SP: the performance in 1988. *Rev. Odont. UNESP*, São Paulo, **19**: 283-289, 1990.

ABSTRACT: This paper reports the composition change of the dmft-teeth index, outcome from dental health program for the 3 to 6 year old pre-school children population, enrolled in kindergartens in Araraquara-SP, in 1988. The program performance promotes a major contribution of the “f” component to the dmft-teeth index.

KEY-WORDS: Public health program; dental health program.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Leis, decretos, etc. – Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987 – Dispõe sobre a criação de Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDES), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 de julho de 1987. p. 11 503.
2. CHAVES, M. de M. – *Odontologia Social*. Rio de Janeiro, Labor do Brasil, 1977.
3. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1ª – *Relatório final*. Brasília, 1986.
4. DEVER, G. E. A. – *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo, Pioneira, 1988.
5. DOWELL, T. B. – Planning national dental services. In: SLACK, G. L., ed. – *Dental public health: an introduction to community dental health*. Bristol, John Wright, 1981. p. 133-47.
6. GRUEBELL, A. O. – A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. *J. dent. Res.*, 23: 163-8, 1944.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – *Programa de reorientação da assistência odontológica*. Rio de Janeiro, MPAS/CCS, 1983.
8. MANN, M. L. – Planning for community programs. In: JONG, A. (Ed) – *Dental public health and community dentistry*. St. Louis, Mosby, 1981. p. 144-67.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Planificación y Evaluación de Servicios de Odontología de Salud Pública. Ginebra, 1975. *Informe*, 1976 (Ser. Inf. Tec., 589).
10. PASSANEZI, S. C. – Programa de saúde bucal. In: CAPISTRANO FILHO, D. & PIMENTA, A. L. – *Saúde para todos: um desafio ao município. A resposta de Bauru*. São Paulo, Hucitec, 1988. p. 151-8.
11. PINTO, V. G. – *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. São Paulo, Ed. Santos, 1989.
12. VASCONCELLOS, M. do C. C.; BARONETTO, C.; LÉO, E. P. & SILVA, S. A. B. – O programa de saúde bucal para crianças pré-escolares em Araraquara-SP. *Rev. Odont. UNESP*, 17: 191-6, 1988.
13. VIEGAS, Y. & VIEGAS, A. R. – Análise dos dados de prevalência de cárie dentária na cidade de Campinas, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoração da água de abastecimento público. *Rev. Saúde públ.*, 8: 399-409, 1974.

Recebido para publicação em 06.04.1989