

RELATÓRIO FINAL DA ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DOS  
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA  
DESAI - 2000

## 1 INTRODUÇÃO

Dentro da perspectiva de consolidar a atenção odontológica indígena prestada pelo subsistema indígena de saúde no SUS, organizada através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e coordenado pela DESAI/FUNASA, foram realizadas reuniões no sentido de traçar uma proposta concreta e factível de organização e padronização dos serviços odontológicos dentro da ótica da promoção da saúde bucal.

As discussões resgataram as idéias discutidas na convenção dos cirurgiões-dentistas em novembro de 1999 e novas idéias surgidas de forma a reavaliar algumas questões importantes. A estrutura desta nova etapa partiu dos seguintes princípios: a) Qual o tipo de atenção em saúde bucal que deve ser prestada ao indígena e como realiza-la; b) Como trabalhar este modelo dentro do sistema de informações do SIASI? .

Este relatório presta-se a servir com Guia referencial para a atenção odontológica local ao indígena e não deve ser visto como instrumento fechado e acabado, pois, estamos inseridos dentro de um novo processo de atenção à saúde do indígena e a dinâmica desse processo deve sempre ser avaliada em todos os níveis, segundo as especificidades encontradas e que vão nortear melhor as ações de saúde prestadas a estes povos. Podendo assim ser adicionadas todas as questões locais que sejam relevantes à organização do serviço e à melhoria na saúde bucal indígena.

A atenção à saúde bucal indígena deve estar em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, que são a integralidade, a equidade, a universalidade, etc.

A epidemiologia das doenças bucais, a organização da atenção à saúde bucal indígena e a implantação do sistema de informações odontológicas no SIASI serão os temas discutidos neste guia referencial.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL	
Data	1 / 1
Con.	ΦADΦΦ458

## 2 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS

Os padrões epidemiológicos específicos, nos diversos povos indígenas brasileiros, de importantes doenças e problemas bucais como a cárie, doenças da gengiva e do periodonto, lesões de tecido mole (câncer bucal e outros), problemas na ATM, traumatismos, entre outros, são quase que totalmente desconhecidos, salvo pouquíssimas etnias, onde pesquisas foram realizadas neste sentido.

De acordo com os preceitos da Lei

Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) as ações e serviços de saúde devem ter por base o princípio, entre outros, da utilização da epidemiologia no estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática. O conhecimento do perfil epidemiológico dos principais problemas que afetam a cavidade bucal tem um peso muito grande, provendo visibilidade à dinâmica dessas doenças dentro da realidade indígena, e assim orientando as estratégias de ação que o serviço deve ter para redução dos problemas encontrados. A mensuração da condição atual traz a possibilidade de comparação da real situação de saúde bucal em relação à população não índia, no Brasil, servindo como forte instrumento de justificativa da organização na atenção às comunidades indígenas. A avaliação da eficiência e eficácia desta atenção também será possível através deste poder comparativo da realidade atual com a realidade futura, dimensionando de forma concreta o poder de nossas ações frente aos problemas de saúde coletiva enfrentados.

Considerando as questões acima levantadas, torna-se imponente o início das atividades de articulação e planejamento do levantamento epidemiológico dos povos indígenas a nível nacional.

Este levantamento deve ser coordenado através de uma comissão subordinada à DESAI/FUNASA, formada a partir de critérios técnicos e que terá a incumbência de articulação, planejamento, construção da proposta com os diversos setores e instituições envolvidas e interessadas na melhoria da saúde indígena, supervisão em todos os aspectos e inclusive no controle de qualidade da execução dos trabalhos, construção do banco de dados, avaliação dos informações geradas e confecção de relatório final com as análises estatísticas mais importantes e a organização do banco de dados visando a disponibilização via internet em página a ser construída para a devida divulgação.

### 3 ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL INDÍGENA

Respeitando o princípio da integralidade, devemos prestar assistência aos índios, não só com ações de cunho individuais (atendimento das necessidades clínicas normativas básicas ou especializadas) mas também as ações de alcance coletivo devem contemplá-lo.

#### 3.1 AÇÕES DE CUNHO INDIVIDUAL

Se caracterizam pelo atendimento clínicos das necessidades individuais. Esta atenção clínica foi dividida em três fases como forma de nortear a organização e planejamento das ações e melhor definição de metas relacionadas a este conjunto da atenção odontológica ao indígena, sendo que estas fases devem ser realizadas em períodos distintos, devido a melhor utilização do tempo do cirurgião-dentista.

Toda a atenção odontológica ao indígena é de responsabilidade do cirurgião-dentista, tanto as ações individuais como coletivas, pois, todas têm o objetivo principal de reduzir e controlar os problemas buco-dentais das populações assistidas. No caso destas ações individuais, a execução é realizada pelo cirurgião-dentista mas a falta na equipe de pessoal auxiliar, (Atendente de consultório dental - ACD) em algumas áreas deve ser discutida pois obriga a utilização de agentes indígenas de saúde que têm atividades definidas dentro do atendimento à saúde geral das comunidades. Como temos em muitas áreas indígenas uma predominância de demanda reprimida, o tempo utilizado para o atendimento será incompatível com a utilização do agente indígena de saúde nesta atividade.

Antes de discutir a estratégia proposta para os programas odontológicos, discutiremos uma reavaliação da classificação das necessidades em saúde bucal da população indígena, instrumento formulado como resultado da reunião dos cirurgiões-dentistas responsáveis pelos DSEI's, organizada na pela COSAI em novembro de 1999.

A nossa avaliação, teve como base, entre outros subsídios, os relatórios de atividades na área Yanomami, formulados pelo C-D Paulo Morais, bem como seus próprios relatos de experiências com a utilização desta codificação.

Como todo instrumento é dinâmico e a utilização desta codificação já está disseminada dentro dos programas locais com relatos de que está cumprindo sua função para a qual foi criada, que é de auxiliar no planejamento, distribuir os recursos humanos e otimizar o atendimento em área

indígena, propomos manter esta classificação, discutindo suas restrições para que esta possa ser melhorada e redefinindo sua estrutura.

A classificação de necessidade de tratamento tem o papel de instrumentalizar o planejamento das ações e justificar a utilização de recursos humanos e financeiros. Esta codificação apresentou principalmente algumas limitações: 1) no código 1 o tártaro só está presente em adolescentes maiores de 12 anos, subestimando a necessidade de tratamento em crianças, onde a presença de gengivite é freqüente, que é a doença alvo desta classificação; 2) generalização no caso do código 2, não contando exatamente quantos procedimentos serão realizados nem quais os procedimentos, que podem ser de extração, restauração ou profilaxia/raspagem supra-gengival, reduzindo a condição de planejamento. Outros problemas em relação à sua estrutura são discutidos a seguir, tomando com base a figura 01.

Figura 01 - Quadro de definição das necessidades de tratamento que a codificação inicial estava medindo.

Código	Definição da necessidade de tratamento
0	Classifica indivíduos sem necessidade de tratamento clínico em relação à cárie e gengivite
1	Classifica indivíduos com necessidade de tratamento apenas para a gengivite
2	Classifica indivíduos com necessidade de tratamento para restaurações e exodontias, incluindo também a necessidade de tratamento para a gengivite
3	Classifica indivíduos sem necessidade de tratamento clínico em relação à cárie e gengivite (redundante ao código 0 quanto à necessidade de tratamento)

Notamos aí que os códigos 0 e 3 medem a mesma necessidade de tratamento, ou seja são redundantes. O código 3 tem apenas a finalidade de classificar o objetivo alcançado por atividades realizadas em indivíduos que tenham código 1 ou código 2. De acordo com o relatório nº 1 de Paulo Moraes, 9% dos indivíduos que receberam o código LTN=0 tinham CPO-D ou ceo-d > 0, ou seja, poderiam ser classificados também como código 3, pois, já estavam com o meio adequado por terem recebido restaurações ou realizado extrações. O código 2 também está redundante, pois, não poderemos saber se o indivíduo classificado no código 2 tem necessidade de tratamento à cárie ou também tem necessidade de tratamento à gengivite, pois este também é utilizado como classificação prioritária no critério de condição pior entre os códigos 1 e 2.

Propomos definir claramente que no levantamento coletivo de necessidades, o código 1 meça necessidades de tratamento gengivais e o código 2 meça necessidade de tratamento à cárie e retirar o código 3, colocando a condição de meio adequado em outro instrumento. Ai então teríamos uma codificação de necessidades de tratamento e não perderíamos a importante informação de que o meio está adequado, conceito ampliado como conclusão da primeira fase de atenção clínica. Também que o indicador utilizado no critério de classificação do código 1 não seja apenas a presença de cálculo mas também a presença de inflamação gengival, levando em consideração as características de vermelhidão, gengiva “inchada” e sangramento espontâneo ou causado pela escovação. Sendo então definidas as seguintes propostas para esta classificação, como mostram as figuras 2 e 3.

Figura 01 - Quadro de definição do levantamento coletivo de necessidades de tratamento após a remodelação da codificação inicial criada.

Código	Definição da necessidade de tratamento
0	Classifica indivíduos sem necessidade de tratamento clínico em relação à cárie e gengivite
1	Classifica indivíduos com necessidades de tratamento apenas para a gengivite (ações básicas - profilaxia e raspagem supragengival)
2	Classifica indivíduos com necessidade de tratamento apenas para a cárie (ações básicas – restaurações e extrações)

Figura 2 – Quadro completo da proposta de modificação da classificação do levantamento coletivo de necessidade de tratamento odontológicas.

Código	Classificação	Procedimentos	Recursos Humanos
0	Não apresenta dentes cariados com cavitação e nem presença de cálculo.	-Atividades preventivas -Fluorterapia, escovação supervisionada, selantes, etc. -Educação em saúde	-Pessoal auxiliar (ACD, THD), AIS, Professores, Multiplicadores. - C-D
1	Presença de tártaro, inflamação e/ou sangramento gengival.	- Atividades do código 0 - Remoção de cálculo/ polimento - Profilaxia	IDEM - THD - C-D
2	Presença de cavidades abertas e/ou restos radiculares.	-Atividades do código 0 - Escariação e capeamento - Escariação e restauração definitiva - Pulpotomia - Exodontia	IDEM - C-D

A utilização desta nova estrutura também foi condicionada pela proposta desta classificação ser realizada pelo pessoal auxiliar, antes do cirurgião-dentista ir à área. Devendo para tanto, ter uma conformação simples e adaptada a este condicionante. A classificação deve ser confirmada pelo cirurgião-dentista (C-D), quando da realização do atendimento e devidamente anotada para que possa entrar como base para construção de indicador.

### 1) Primeira Fase da Atenção Clínica

É constituída do levantamento de necessidades clínicas normativas<sup>1</sup> e do equacionamento dessas necessidades de acordo com a resolutividade local e o levantamento das necessidades de prótese e de necessidade de encaminhamento ao atendimento mais especializado no sistema de referências. Nesta fase a realização da adequação do meio bucal através do selamento permanente de todas as cavidades de cárie presentes, lesões por traumatismos, exodontias, profilaxias, remoção de cálculo ou outras ações básicas necessárias é o objetivo a ser alcançado em todos os índios com estas necessidades. Esta assistência clínica deve ser realizada em uma única sessão (quando possível) ou no mínimo de sessões possíveis. O selamento de cavidades dentárias será considerado através da utilização dos materiais restauradores como resina, amálgama e ionômero, sendo que este último deve ter característica de material restaurador permanente e ser de primeira escolha devido a suas propriedades de depósito e liberação de flúor na cavidade oral.

Nas estratégias para executar esta primeira fase deve estar contida a Técnica de Restauração Atraumática (ART), tanto no atendimento clínico em consultório através de marcação de consultas, como no atendimento fora do consultório, sendo que ambos devem ser orientados através da realização do levantamento de necessidades, descrito acima. Esta técnica baseia-se na premissa de manter o máximo de estrutura dental hígida e causar o menor trauma possível, com a utilização da curetagem nas cavidades dentárias em dentina.

### 2) Segunda Fase da Atenção Clínica

É constituída pela reabilitação funcional e social através do trabalho protético. Será uma atenção voltada aos adultos e idosos com necessidades do uso de próteses, através de levantamento de necessidades pré-estabelecido no intuito de planejamento desta ação. Para esta fase deverão ser realizados convênios, ou utilizados outros instrumentos oficiais na a garantia da confecção e do atendimento integral ao indígena, de acordo com critérios técnicos e organizacionais

<sup>1</sup> Necessidades clínicas normativas são as necessidades odontológicas priorizadas pela ótica do cirurgião-dentista (ou profissional do serviço), não levando em consideração a necessidade sentida pela população. Por exemplo, o C-D pode definir como necessidade prioritária a execução de trabalhos de troca de pequenas restaurações posteriores ou orientação à comportamentos saldáveis, mas para a visão do paciente a prioridade seria a questão da estética ou a colocação logo de imediato de uma prótese. Para maiores esclarecimentos recomendada a leitura do capítulo "Determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social", na 4ª edição do livro Saúde Bucal Coletiva de Vitor Gomes Pinto, ano 2000.

claramente estabelecidos. Deve-se garantir a confecção de próteses totais e parciais de acrílico e o dentista da área será o responsável por todas as fases clínicas realizadas desde a moldagem à adaptação em meio bucal, sendo em média necessárias três sessões.

Esta etapa deve ser realizada após a primeira que tem como objetivo realizar o levantamento dessas necessidades para o planejamento das ações.

### 3) Terceira Fase da Atenção Clínica

É constituída da articulação com o sistema de referências locais/regionais do Sistema Único de Saúde, para garantir o atendimento dos índios que apresentem necessidades de atenção que não sejam de resolutividade local. Colocamos este processo como terceira fase devido ao menor contingente de índios com estas necessidades e para uma melhor visualização do problema que será levantado na primeira fase, sendo que esta atividade deve ser pensada e articulada desde já dependendo da condição de articulação que já vem sendo realizada no DSEI relacionada às demandas referenciadas. A introdução desta etapa como meta principal de uma fase tem a intenção de garantir os princípios da equidade e integralidade na atenção ao indígena e normatizá-la como uma fase importante dentro deste processo.

## 3.2 AÇÕES DE CUNHO COLETIVO

Estas ações são de responsabilidade do cirurgião-dentista e a execução de atividades preventivas deve ser delegada ao pessoal auxiliar (agentes indígenas de saúde), professores ou outros que possam ter papel social importante neste contexto. O planejamento deve ser realizado em conjunto e as metas definidas e acompanhadas de perto pelo C-D. A utilização do agente indígena de saúde é importante devido à relação estreita que este profissional tem com a comunidade, tornando-se veículo multiplicador de informação, de ações e de vigilância das necessidades odontológicas na população.

Dentro do conceito de promoção de saúde, que deve ser o norte de nossa atenção, devemos trabalhar tanto as atividades preventivas coletivas, que são principalmente a fluoroterapia e escovação supervisionadas como as ações de educação em saúde, realizando atividades que abram espaço à construção do conhecimento através da interação entre o conhecimento adquirido da população alvo, utilizando toda a riqueza do simbolismo e os aspectos culturais existentes, e o conhecimento que deve ser transmitido, objetivando a inserção de comportamentos saldáveis, tendo a redução dos fatores de risco como meta.

Atividades como palestras educativas, onde apenas o nível de informação é trabalhado, sem que haja atenção às atitudes e trabalhe o comportamento de forma prática tendem a ser ineficazes. Atividades que tenham uma lógica participativa como a construção de cartilhas ou cartazes realizados pelos próprios índios devem ser estimulados e construídos, por transformem o imaginário em realidade, construindo uma interpretação própria e formando um instrumento de linguagem acessível e que tem uma condição de comunicação com a comunidade indígena melhor sobre os conceitos importantes para a educação em saúde. Outras atividades como realização de grupinhos de teatro, enfocando vários temas como a valorização dos elementos dentais ou importância do cuidado bucal, devem também ser realizados devido a melhores resultados na inserção de conceitos importantes, estimulando a construção e da participação da comunidade neste processo.

A participação do cirurgião-dentista neste processo é importante, pois, somente interagindo com a comunidade na qual está atuando é que este conseguirá trabalhar a redução dos fatores de risco e a mudança nos perfis epidemiológicos desfavoráveis.

#### 4 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ODONTOLÓGICAS DENTRO DO SIASI

##### 4.1 INTRODUÇÃO

O sistema de informações em saúde indígena é um instrumento único desenvolvido pela FUNASA, para acompanhar a condição de saúde da população indígena e as atividades referentes aos diversos programas de saúde instituídos nos DSEI's.

É uma ferramenta importante na medida em que fornece informações que são necessárias à tomada de decisões durante toda a dinâmica da atenção à saúde do indígena, tanto a nível local quanto a nível regional e central. A unidade de avaliação é o índio e todas as informações devem estar ligadas nesta matriz, o que permitirá um acompanhamento individualizado e coletivo ao mesmo tempo, trazendo uma nova perspectiva na avaliação dos fatores que influenciam os processos de saúde/doença na população e uma qualidade maior das informações geradas. Sua proposta é de um acompanhamento rápido dos processos que estão sendo realizados nas etnias, através da constante alimentação deste sistema e da disponibilização de relatórios em todos os níveis de atenção utilizando a internet como um recurso tecnológico central do sistema.



As informações geradas nas ações de odontologia devem alimentar o módulo de odontologia deste sistema, que foi pensado através das seguintes premissas: 1) a entrada de dados é individualizada; 2) os dados inseridos serão utilizados na formação de indicadores que servirão na análise dos processos e dos resultados dos programas; 3) as informações devem ser padronizadas para que possamos ter condição de comparação entre as diferentes realidades trabalhadas; 4) esta construção será parte de um mínimo de informações que indiquem de forma clara, alguns aspectos importantes na avaliação e acompanhamento dos programas e a reavaliação deve ser realizada para ampliar este leque.

#### 4.2 DEFINIÇÃO DE METAS

Em todos os trabalhos realizados, tanto individuais como coletivos, as metas devem ser definidas para que possamos acompanhar se a atenção que estamos prestando está dentro dos limites mínimos para atingirmos nossos resultados.

Nossa maior meta relacionada à cárie dentária é reduzir sua prevalência (percentual na população) em todas as comunidades indígenas, através do controle da incidência (novos casos). Para alcançarmos este resultado, precisamos traçar algumas metas sobre as nossas atividades, como por exemplo: 1) 100% da população coberta, naquela aldeia, de atividades educativas e preventivas, 2) 100% da população realizando escovação dental; 3) 100% da população realizando o auto-exame bucal para diagnosticar precocemente lesões da cavidade bucal; 4) 100% da população assistida com a 1ª fase clínica concluída; 5) melhorar em 30% a utilização dos serviços no atendimento odontológico (meta colocada aleatoriamente devido à necessidade do conhecimento real da área), etc. Estas metas podem ser subdivididas em períodos como por exemplo cobrir 50% da população nos primeiros 3 meses, 80% nos primeiros seis meses, etc., de acordo com o planejamento levando em consideração as condições locais.

Este planejamento deve ser realizado em conjunto com os profissionais da equipe e sempre avaliada se as metas estão sendo alcançadas, para que possamos atingir nosso resultado final ou meta principal. O planejamento deve fazer parte do relatório de atividades da equipe de odontologia local.

Um dos indicadores que iremos trabalhar é a taxa de cumprimento de metas, para que possamos visualizar como estão indo as ações e para que possamos utilizar como instrumento para melhoria das condições locais de atenção à saúde.

### 4.3 CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Diante da necessidade de padronização das informações, a construção de instrumentos padrões de coleta de dados é um passo importante. Considerando a proposta de organização do serviço que consta neste documento, construímos alguns instrumentos de coleta de dados que servem tanto para a alimentação do módulo de odontologia no SIASI, como a organização a nível local da atenção à saúde bucal do indígena. Estes instrumentos podem ser modificados de forma a inserir outras informações relevantes na organização dos serviços e estas modificações devem ser informadas para que possamos ter a noção exata da necessidade de informações nas diferentes regiões e para que possamos auxiliar na melhor forma possível de adaptação.

Na concepção de saúde integral, o prontuário individual do índio que recorre ao serviço será único e estará no posto de saúde onde o atendimento odontológico também será realizado. Portanto o prontuário odontológico estará inserido no prontuário de saúde do indígena com todas as informações geradas quando este recorre ao serviço local.

Três modelos, mostrados no anexo II, serão então utilizados para a realização das atividades, principalmente nesta primeira fase dos programas que são: 1) Registro de Prontuário odontológico do paciente; 2) Registro de controle de atividade preventiva; 3) Ficha de transferência de dados para o SIASI. Como estes instrumentos, mostrados a seguir estarão alimentando o SIASI, não existe a necessidade de um consolidado mensal, já que este fará parte dos relatórios-padrão que o sistema irá proporcionar.

1- Registro de Prontuário - é o registro pelo C-D do atendimento realizado, podendo este ser dentro ou fora do consultório. Este registro será adicionado ao prontuário geral do índio no posto de saúde ou onde estiver sendo arquivada esta informação. A cada atendimento, deve ser aberto um novo registro. Nas caselas ovais, o preenchimento será por codificação e nas caselas retangulares, o preenchimento será de S-sim e N-não. Serão registradas inicialmente as informações referentes à identificação do índio e do C-D, para que sejam trabalhados os indicadores de cobertura e produtividade. Uma pequena anamnese, e dentro dela questões referentes à queixa principal que será codificada para que possamos acompanhar fatores que indiquem a necessidade de tratamento na ótica do indígena e que indiquem a organização do serviço. A dor deve ser medida e localizada para que possamos conhecer o perfil de dor das comunidades, planejar as intervenções e medir o impacto de nossas ações dentro deste fator. A necessidade de tratamento dental será codificada, devido a necessidade de acompanhamento dos tratamentos realizados e causa. Este acompanhamento será importante na formação dos indicadores de produtividade, qualidade e epidemiológicos.

O índice de sangramento gengival é um indicador de mudança de comportamento e de impacto de tratamento, o sangramento gengival é medido através da presença ou não de sangramento. O sangramento pode ser após sondagem do sulco gengival ou sangramento espontâneo. São consideradas quatro superfícies em cada dente presente e o índice é um percentual de superfícies sangrantes pelo total de superfícies presentes. A medição deve ser realizada com iluminação e sonda periodontal. O resultado da superfície sangrante deve ser anotado com um "S" na região correspondente do dente no odontograma (vestibular, mesial, lingual, distal) e o índice deve ser calculado e anotado no campo especificado. No campo Levantamento Coletivo de Necessidades de Tratamento, serão inseridos os códigos 0, 1 ou 2, de acordo com o levantamento coletivo de necessidades realizado. Um dos indicadores preconizados para avaliação da condição clínica periodontal é o Índice Periodontal Comunitário, maiores explicações ver no anexo 1. Este prontuário será utilizado na primeira fase de atenção clínica e a necessidade do uso de prótese e encaminhamento para referência devem ser anotados para o planejamento das próximas fases. A condição clínica dos tecidos bucais moles deve seguir este padrão mínimo, que sempre deve ser transcrito no encaminhamento do paciente em ficha própria ou mesmo em receituário, para que a avaliação na referência seja otimizada. Os desenhos relacionados à esta seção são para orientação da localização e tamanho da lesão, podendo ser utilizados, fora deste prontuário para a vigilância realizada pelo agente comunitário de saúde. Outros problemas também podem ser registrados, como lábio leporino, fenda palatina, freios linguais ou outros no intuito de registrar a história clínica do indígena, planejar e avaliar as intervenções e conhecer o perfil epidemiológico dentro do serviço. O registro de atividades é realizado com a lógica das necessidades de tratamento e causas. Este preenchimento está condicionado às necessidades de tratamento acima preenchidas. Concluídos os tratamentos necessários, deve-se abrir outro registro se este procurar novamente o serviço. A cada conclusão dos atendimentos básicos realizados, deve-se anotar a conclusão da primeira fase de atenção clínica e data desta conclusão, mesmo que esta tenha sido em uma única consulta realizada no indígena.

2 - Registro de controle de atividades preventivas - é o registro das atividades preventivas realizadas coletivamente. Este registro tem a finalidade de acompanhar a execução das atividades preventivas periódicas, é preenchido através da data da realização da atividade e de um X na casela correspondente ao nome do índio que participou da atividade. Estas informações construirão os indicadores de cobertura das atividades preventivas.

3 - Ficha de transferência dos dados para o SIASI. Deve ser a transcrição dos dados do prontuário. Os campos "nº de dentes c/ necessidade de tratamento por cárie e por trauma", foram construídos para a transcrição do odontograma, onde o C-D deve contar quantos dentes estão com

necessidade de tratamento por cárie e por traumatismo, para que esta informação sirva de acompanhamento da incidência de cárie e traumatismos nesta população. Outras observações estão na própria ficha.

#### 4.4 INDICADORES

É a tentativa de quantificação da realidade. Os indicadores são números que expressam uma realidade, como por exemplo, 30% de cobertura na fluoroterapia, temos aí uma representação numérica da realidade local e sabemos que esta condição precisa melhorar, instituímos então uma estratégia e depois de dois meses medimos novamente a cobertura, vimos que não está em 40% apenas, então já definimos outra estratégia, pois esta não está sendo eficaz, e aí medimos depois no mesmo espaço de tempo e vemos que a cobertura está em 80%, continuamos assim para atingir 100% e sempre medindo para controlar a taxa de cobertura.

Como vimos, a utilização dos indicadores nos auxilia no planejamento, através de uma visão inicial, no controle e avaliação do processo instituído para a melhoria da condição de saúde bucal da população indígena. Traçamos aqui alguns indicadores que serão trabalhados inicialmente e avaliados. Iremos trabalhar com indicadores que medem a condição de saúde da população e não a quantidade de doença, com é o caso da medição da efetividade do programa instituído ou a redução da incidência de cárie.

##### 4.4.1 INDICADORES QUE SERÃO UTILIZADOS INICIALMENTE.

###### **Indicadores Demográficos**

Taxa bruta de mortalidade por câncer bucal  

$$\frac{\text{n.º de mortes por C.A bucal}}{\text{população total}} \times 1000 \text{ (habitantes)}$$

###### **Indicadores de Produtividade**

Cobertura do Tratamento Clínico  

$$\frac{\text{n.º de indivíduos com o tratamento completado}}{\text{população atendida}} \times 100 \text{ (habitantes)}$$

Cobertura das atividade preventivas e educativas.

Para as atividade de fluoroterapia, escovação supervisionada, atividades educativas,

etc...

$$\frac{\text{n.º de índios participantes por atividade preventiva}}{\text{população total do grupo}} \times 100 \text{ (habitantes)}$$

Percentual do cumprimento de metas  
 $\frac{\text{n.º de metas cumpridas}}{\text{n.º de metas planejadas}} \times 100$

Taxa de sessões clínicas necessárias para o atendimento  
 $\frac{\text{n.º de sessões clínicas realizadas (dentro e fora do consultório)}}{\text{população atendida}} \times 100$

### Indicadores de Impacto

Impacto do trabalho educativo/preventivo e indicador de mudança de comportamento

Percentual de redução do índice de sangramento gengival  
 $\frac{\text{Índice de sangramento gengival - n.º de superfícies sangrantes}}{\text{total de superfícies}} \times 100$

### Indicadores de Qualidade

Taxa de Resolutividade

Efetividade do tratamento clínico realizado  
 $\frac{\text{n.º de tratamentos refeitos}}{\text{n.º de tratamentos realizados}} \times 100$

Efetividade do programa instituído  
 $\frac{\text{Nº de pessoas sem problemas de saúde bucal}}{\text{População atendida}} \times 100$

### Indicadores de Organização e Funcionamento

Taxa de utilização da capacidade operacional  
 $\frac{\text{n.º de atendimentos realizados}}{\text{capacidade instalada}} \times 100$

Capacidade instalada - n.º de consultórios X quant. de horas trabalhadas X  
n.º de profissionais

Taxa de utilização do serviço odontológico  
 $\frac{\text{n.º de índios que se consultaram nos últimos três meses}}{\text{n.º de índios no grupo}} \times 100 \text{ (hab.)}$

Taxa do cumprimento de fase clínica  
 $\frac{\text{Nº de índios com a primeira fase clínica concluída}}{\text{População atendida}} \times \text{cirurgião-dentista}$

Custo/efetividade de gasto em assistência *per capita*

## Indicadores Epidemiológicos

Prevalência de cárie

$$\frac{\text{n.º de pessoas atendidos por cárie}}{\text{população atendida}} \times 100$$

Prevalência de traumatismos

$$\frac{\text{n.º de pessoas atendidas com fraturas}}{\text{população atendida}} \times 100$$

Prevalência de gengivite

$$\frac{\text{n.º de índios com superfícies gengivais sangrantes}}{\text{população atendida}} \times 100$$

Incidência de cárie (CPO-D<sup>1</sup> - CPO-D<sup>2</sup>) X População estudada

### 4.5 RELATÓRIOS

Os relatórios tem a finalidade de auxiliar a equipe local nas atividades desenvolvidas e visualizar informações importantes no controle e avaliação dos programas, os relatórios podem ser em forma de listagens nominais, consolidados numéricos, informações estatísticas básicas apresentadas em tabelas ou gráficos. Em todos os níveis demográficos como faixas etárias, sexo, Aldeia, Pólo-Base, Etnia, DSEI, macro-região, etc.. Outros relatórios necessários no módulo de odontologia, que não estejam construídos no SIASI devem ser sugeridos pela equipe local de acordo com suas necessidades.

Apresentamos aqui ainda poucos relatórios. Como todo este processo é extremamente dinâmico, iremos todos traçar propostas, de acordo com as nossas experiências em área.

#### ALGUNS RELATÓRIOS INICIAIS

Listagem nominal dos índios que não estão participando regularmente das atividades preventivas e educativas X Aldeia X faixa etária ou família

Listagem nominal dos índios com necessidades de tratamento que não concluíram a 1ª fase de atendimento clínico X Aldeia X faixa etária ou família X período de tempo determinado

Listagem de resultado dos indicadores X período de tempo determinado X Aldeia/ Etnia /Polo Base/  
DSEI X cirurgião-dentista

## 5 RECOMENDAÇÕES

Torna-se necessária a realização do planejamento inicial sobre as atividades educativas e clínicas a serem implantadas.

Atividades como mutirões de cirurgiões-dentistas devem ser pensados para que possamos realizar o atendimento em 100% da população da aldeia, principalmente em aldeias pequenas, mas devemos levar em conta as questões de custo, as questões ligadas às articulações com as secretarias municipais de saúde e questões de gerenciamento local do DSEI, para o planejamento destas atividades.

A Técnica Restauradora Atraumática, deve ser organizada como prioridade neste momento e o atendimento ao indígena deve ser realizado sempre no intuito de realizar todas as restaurações, exodontias ou outras necessidades de uma só vez para que possamos ter uma condição de impacto de nosso trabalho, reduzir o deslocamento do cirurgião-dentista ou do índio para este atendimento, garantir a cobertura do atendimento clínico e organizar o serviço. Utilizando para tanto a marcação de consultas, que pode ser com toda a família, as urgências/emergências também devem ter espaço dentro de nosso planejamento diário de atendimento.

O tempo de trabalho do C-D na área deve ser planejado para atendimento clínico, dentro ou fora do consultório, e atividades educativas dentro do processo construtivista, já esboçado acima.

Toda a equipe deve fazer parte do trabalho odontológico bem como o C-D deve inserir-se no trabalho de saúde em geral. A utilização do agente indígena de saúde e do auxiliar de enfermagem diretamente nas atividades preventivas deve ser trabalhada a nível local e a necessidade de pessoal auxiliar como atendente de consultório odontológico ou técnica em higiene dental deve ser avaliada e se necessária solicitada, para que possamos trabalhar dentro de uma ótica de atenção integral e sistemática. Como estes profissionais não fazem parte da equipe, devemos justificar a sua necessidade na tentativa de inserção, mas também tentar articular com os municípios este apoio.

A articulação das referências deve ser realizada, não só para serviços hospitalares, mas também endodônticos e periodontais (inseridos dentro do Sistema Único de Saúde a nível regional ou estadual).

O módulo de Odontologia no SIASI estará sendo inserido em breve e as informações já podem ser coletadas de acordo com o atendimento. É necessário que não percam informações importantes na construção dos indicadores durante a realização de nosso trabalho e de imediato devemos trabalhar os instrumentos para levantar questões sobre a sua construção e estruturar nossas ações.

O canal de comunicação está aberto.

Coordenador do Módulo de Odontologia do SIASI

sar Dantas Guimarães,

DSEI Pernambuco - Fone: 81-427-8340/8341

Correio eletrônico ([cesarcol@vahoo.com](mailto:cesarcol@vahoo.com))

Coordenadora de Odontologia no DESAI

Aparecida Guerra

DESAI Brasília - Fone: 61-314-6499

Correio eletrônico ([mguerra@fns.gov.br](mailto:mguerra@fns.gov.br))

Participaram ainda diretamente da discussão desta proposta os cirurgiões-dentistas Paulo Moraes (DSEI Yanomami), Eliana M<sup>a</sup> de Oliveira Sá (Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais) e indiretamente, na elaboração de alguns indicadores a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cecile Soriano Rodrigues (Faculdade de Odontologia de Pernambuco).

Que mandaram respostas dos DSEI's às questões referenciais sobre o módulo de Odontologia do SIASI, para subsidiar esta proposta, apenas os cirurgiões-dentistas do DSEI Potyguara (Paraíba), DSEI/MS e DSEI/Parintins.

Brasília, 21 de junho de 2000