

RAISSA ALVES DE SOUSA

**PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PREVENÇÃO É SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO SALTO / MG**

ARAÇUAI / MINAS GERAIS

2011

RAISSA ALVES DE SOUSA

**PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PREVENÇÃO É SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO SALTO / MG**

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

Orientadora: Leniana Santos Neves

ARAÇUAÍ / MINAS GERAIS

2011

RAISSA ALVES DE SOUSA

**PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PREVENÇÃO É SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO SALTO / MG**

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

Orientadora: Leniana Santos Neves

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

ARAÇUAÍ / MINAS GERAIS

2011

Dedico este trabalho ao meu esposo Alexandro, pelo incentivo e apoio incondicionais, por me proporcionar a força para seguir em frente, por sonhar junto comigo me impulsionando a persistir nos momentos de dificuldade.

Agradeço a Deus por permitir a realização deste projeto muito querido por mim.
Aos meus pais, que apostaram na minha capacidade, antes mesmo que eu soubesse que era capaz, devo a eles a minha formação profissional e humana.
Ao meu esposo Alexandre, que foi o grande incentivador desde o primeiro momento, por acreditar no meu potencial e no meu trabalho.
A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão do presente estudo.

“O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas”.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo realizar um Plano de Ação em Saúde Bucal pautado pelo Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família Prevenção é Saúde do município de Santa Maria do Salto, Minas Gerais. Através deste estudo será possível realizar melhorias na oferta do serviço e proporcionar maior satisfação da população, visto que se deve conhecer a área de abrangência da equipe e considerar os determinantes do processo saúde-doença para realizar ações com efetividade e eficácia. O Plano de Ação foi elaborado após a análise do Diagnóstico Situacional e identificação dos nós críticos. Os dados foram colhidos através de fontes oficiais como o SIAB, Fichas A, Levantamentos Epidemiológicos e entrevistas com informantes-chave.

Palavras-Chave:

Saúde Bucal, Odontologia em Saúde Pública, Odontologia Preventiva, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

This paper aims to conduct an Action Plan on Oral Health Situational Diagnosis guided by the Family Health Team Health Prevention in the municipality of Santa Maria do Salto, Minas Gerais. Through this study you can make improvements in service provision and provide greater satisfaction of the population, since they must know the area of the team and consider the determinants of health-disease process to perform actions with effectiveness and efficiency. The Action Plan was developed after analysis of the Situational Diagnosis and identification of critical nodes. Data were collected through official sources such as SIAB, A Tokens, Surveys and interviews with key informants.

Key words:

Oral Health, Dental Public Health, Preventive Dentistry, Health Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
AVD – Atividade de Vida Diária
CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
Ceo-d – Índice de Dentes Decíduos Cariados, Perdidos e Obturados
CISBAJAS – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Baixo Jequitinhonha
CPO-D – Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESB – Equipe de Saúde Bucal
GOHAI – Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral
GRS – Gerência Regional de Saúde
IADHB – Índice de Atividade Diária de Higiene Bucal
KATZ – Índice de Avaliação das Atividades de Vida Diária
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNE – Pacientes com Necessidades Especiais
PPI – Programação Pactuada Integrada
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNIFAL – Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	11
2- JUSTIFICATIVAS.....	13
3- OBJETIVOS.....	14
4.1- Objetivo Geral.....	14
4.2- Objetivos Específicos.....	14
4- METODOLOGIA.....	15
5- REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1- Legislação e Saúde.....	17
3.2- Evolução da Saúde Bucal no Brasil.....	20
3.3 – Promoção e Prevenção a Saúde.....	22
3.4- Planejamento em Saúde Bucal.....	23
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
6.1- Diagnóstico situacional.....	24
6.2- Plano de Ação.....	34
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 - INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), como estratégia que permeia o setor saúde e outros setores sociais, exige o entendimento da saúde como direito social e a necessidade de enfrentar os determinantes sociais mais gerais para promovê-la. Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para a melhoria da atenção, acarretando efeitos positivos à saúde da população e à eficiência do sistema (DELNOIJ *et al.*, 2000).

O desafio que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades assistidas e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas consiste sem dúvida alguma no planejamento (CAMPOS *et al.*, 2008). Planejar nos possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, estruturando o trâmite adequado e reavaliar todo o processo a que o planejamento se destina. Sendo assim, este constitui o lado racional da ação.

O SUS contempla através dos seus princípios doutrinários a universalidade de acesso aos serviços, a equidade da assistência e a integralidade das ações de saúde. Portanto, para que se possa por em prática esses princípios é primordial que se conheça a realidade da área e da população a ser assistida. O planejamento implica que o profissional de saúde tenha uma visão holística e humanizada, para que este possua a sensibilidade de estabelecer prioridades de acordo as interpretações de dados objetivos bem como observar o que não está exposto em gráficos ou tabelas.

Santa Maria do Salto é um município localizado no Vale do Jequitinhonha/MG, com aproximadamente 5.284 habitantes (DATASUS) e sua extensão territorial é de aproximadamente 553 quilômetros quadrados. Está situada a 567 quilômetros da capital Belo Horizonte. Pertence à macrorregião Nordeste, microrregião Almenara e está sob a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul. A cidade faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Baixo Jequitinhonha (CISBAJAS). Não possui hospital, tendo assim que encaminhar para Jacinto, cidade vizinha sede do CISBAJAS, os pacientes que necessitam de atendimento hospitalar.

A economia é baseada na pecuária e agricultura de subsistência, o comércio é pouco representativo e a sua maior fonte de emprego é o serviço público municipal e estadual. A política partidária é bem polarizada entre dois grupos, o que gera perseguições e rotatividade do quadro de funcionários sempre que muda o grupo político. No ano de 2009 os profissionais de saúde foram submetidos a um processo de seleção pública o que gerou

certa inquietude na população, já que havia o risco de mudanças e a maioria dos profissionais de saúde que estavam atuando não conseguiu a aprovação nas provas. Para os cargos que não houve aprovados, as vagas foram preenchidas por contratação de profissionais que já atuavam na área. Sendo assim, o quadro de vínculo empregatício não obteve mudança significativa.

O Conselho Municipal de Saúde não é atuante e a participação popular é restrita. A população está habituada ao assistencialismo.

O município conta hoje com duas Equipes de Saúde da Família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade II, sendo as duas unidades localizadas na zona urbana. Na zona rural existem duas unidades de apoio para realizar atendimento médico e cuidados de enfermagem uma vez por semana.

O problema enfrentado pela ESF Prevenção é Saúde consiste na dificuldade em elaborar um diagnóstico situacional da área de abrangência e propor um plano de ação conforme as prioridades encontradas. Como consequência, os indicadores e metas não são alcançados e a população continua se apoiando em um modelo voltado às ações curativas em detrimento da prevenção das doenças e promoção da saúde. Na maioria das vezes, as ações são realizadas de forma aleatória, sem existir um foco de atuação e sem o devido conhecimento da população e do território. Todo início de ano realiza-se a Programação Anual de Saúde, mas sem um diagnóstico situacional não é possível priorizar as questões mais relevantes. Além disso, normalmente não se realiza o monitoramento do cumprimento da maioria das metas, salvo aquelas que envolvem a captação de recurso como as metas do Saúde em Casa.

A trajetória profissional da pesquisadora reflete todo o seu interesse na área de Saúde Coletiva e Atenção Básica, uma vez que se encontra inserida na Estratégia de Saúde da Família há cinco anos. Concluiu o curso de graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) em junho de 2006 e desde então iniciou o trabalho na área de Saúde Pública. Atuar nesta área e poder contribuir com as políticas públicas de saúde representa para a autora uma grande satisfação pessoal e profissional.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) tem contribuído de forma significativa para a aquisição de conhecimentos e aplicação prática dos mesmos.

2 - JUSTIFICATIVAS

Este estudo será de grande relevância para a organização do processo de trabalho em saúde bucal da população do município de Santa Maria do Salto e da equipe como um todo. O serviço será mais bem administrado e os usuários serão beneficiados uma vez que haverá uma priorização no atendimento, que ocorrerá com equidade. O trabalho pretende contribuir para solucionar problemas de diagnóstico e planejamento da equipe. A partir da análise desse estudo, a equipe terá uma nova orientação em relação à utilização dos dados existentes para elaborar um plano de ação, o que irá favorecer um melhor desempenho do trabalho.

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

- O presente trabalho tem como objetivo realizar o Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família - Prevenção é Saúde, do município de Santa Maria do Salto - MG e elaborar um Plano de Ação, com ênfase em Saúde Bucal.

3.2 - Objetivos Específicos

- Conhecer o território de abrangência, bem como as suas características específicas;
- Identificar os determinantes do processo saúde-doença;
- Avaliar a situação de saúde, em especial da saúde bucal, da população assistida pela equipe de saúde da família Prevenção é Saúde;
- Utilizar os dados obtidos como instrumentos para elaborar o Plano de Ação, enfatizando a Saúde Bucal.

4 - METODOLOGIA

A definição do tema abordado neste estudo partiu da necessidade de conhecer a realidade da área de abrangência (diagnóstico situacional) da ESF Prevenção é Saúde, em relação às necessidades básicas de saúde, bem como às características dos pacientes que são atendidos pela referida Equipe.

As micro-áreas foram divididas de acordo com o território do município Santa Maria do Salto, MG, e sua disposição geográfica, bem como a facilidade de acesso à UBS. As micro-áreas de 1 a 4 são pertencentes à zona urbana e as de 5 a 8, à zona rural.

Para a realização do diagnóstico situacional, efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados como o SIAB, as Fichas A e entrevistas com informantes-chave, tais como a Secretária Municipal de Saúde e componentes do Conselho Municipal de Saúde. Utilizou-se também como fonte de informações o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal do município de Santa Maria do Salto em escolares, adultos e idosos, realizado pela Equipe de Saúde Bucal da ESF Prevenção é Saúde. O Levantamento Epidemiológico em escolares utilizado no estudo foi realizado em novembro de 2009.

O levantamento epidemiológico em Saúde Bucal foi realizado pela pesquisadora do presente trabalho e por uma auxiliar em saúde bucal (ASB), responsável pela anotação das informações obtidas.

Para o levantamento epidemiológico em escolares foi selecionada uma amostra por sorteio aleatório de 500 estudantes na faixa etária de 5 a 14 anos, originada das escolas estaduais e municipais de Santa Maria do Salto. As escolas participantes foram a Escola Estadual José Joaquim Cabral e a Escola Municipal Juscelino Kubitschek, ambas localizadas na zona urbana do município. As duas escolas possuem alunos da zona urbana e da zona rural.

As áreas físicas destinadas aos exames foram os pátios das escolas, com iluminação natural.

Os critérios de diagnóstico utilizados foram os determinados pelo Informe Técnico de Saúde Bucal para Crianças e Adolescentes – Manual de Diagnóstico e Avaliação, fornecido pela Gerência Regional de Saúde – Pedra Azul/MG.

Para a realização do levantamento epidemiológico em Adultos, selecionou-se uma amostra de 20 indivíduos, com idades entre 18 e 59 anos.

Os critérios de diagnóstico foram os determinados pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), Módulo Saúde Bucal - Ações Básicas e Atenção ao Adulto.

Para o levantamento epidemiológico em idosos, selecionou-se uma amostra de 15 representantes da faixa etária, com idades superiores a 60 anos.

A área física destinada aos exames foi o consultório odontológico da UBS.

Os critérios de diagnóstico utilizados foram os determinados pelo CEABSF, Módulo Saúde Bucal - Atenção ao Idoso.

Além do levantamento epidemiológico em idosos, também foi aplicado à outra amostra de idosos participantes do grupo operativo de hipertensos, um questionário com o objetivo de avaliar os seguintes índices: Índice de Avaliação das Atividades de Vida Diária (KATZ modificado); Índice de Atividade Diária de Higiene Bucal (IADHB) e Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral (GOHAI). As entrevistas foram realizadas com os participantes do grupo operacional de idosos da Equipe de Saúde da Família - Prevenção é Saúde.

Os questionários utilizados foram os determinados pelo CEABSF, Módulo Saúde Bucal - Atenção ao Idoso.

Portanto, o método utilizado para a realização deste estudo foi a análise das informações contidas nos bancos de dados do sistema de informação, nas Fichas A e em relatos de informantes-chave, para posterior elaboração de um plano de intervenção pautado no estudo do diagnóstico realizado na região de atuação, buscando uma maior eficiência no trabalho desenvolvido pela ESF Prevenção é Saúde, em especial da Equipe de Saúde Bucal.

A elaboração de um Plano de Ação com ênfase na Saúde Bucal torna-se importante, visto que os Cirurgiões-Dentistas envolvidos na ESF encontram-se inseridos em uma equipe multidisciplinar. Nesse sentido, sabe-se cada vez mais que o indivíduo deve ser avaliado como um todo, considerando os determinantes de saúde nos quais este se encontra inserido para que se possa realizar uma abordagem diferenciada, tomando como base os princípios doutrinários do SUS: a universalidade, equidade e integralidade.

5 - REVISÃO DA LITERATURA

5.1 - Legislação e Saúde

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988), dentro da questão da “ordem social” (Título VIII), no capítulo II da “Seguridade Social”, atesta em seus artigos:

Art. 194: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social;

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

As leis orgânicas da saúde 8.080 e 8.142 regem os seguintes princípios:

a) Lei – 8.080 (19 de setembro de 1990), dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde e regula o funcionamento dos serviços de saúde em todo território nacional, entre outras providências. Cita-se aqui apenas os de maior valia referentes à investigação do perfil epidemiológico, à criação dos consórcios intermunicipais, aos Pólos de Educação Permanente em Saúde e ao plano de saúde:

Art. 7, princípio VII: utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática;

Art. 10: os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam;

Art. 14: deverão ser criadas as comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior;

Art. 15, item VIII: elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

Art. 18: À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do

Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual.

b) Lei – 8.142 (28 de dezembro de 1990), dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde:

Art. 1: O Sistema Único de Saúde, de que trata a Lei 8.080, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo do poder das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde, que se reunirá a cada 4 anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente por estes ou pelo Conselho de Saúde; II – o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A emenda constitucional nº 29, publicada no Diário Oficial da União em 14 de setembro de 2000, define os valores mínimos a serem aplicados pelos Estados e Municípios nas pastas da Educação, Saúde e Assistência Social. O percentual mínimo a ser gasto com ações de saúde para a esfera estadual é de 12% da arrecadação e de 15% para a esfera municipal.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002 regem a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, tendo como agente principal os gestores estaduais, que deverão, de acordo com as necessidades de cada região, estabelecer os centros de referência para os municípios em seus respectivos estados, oferecendo serviços de média e alta complexidade, com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada Integrada (PPI).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicadas após a III Conferência Nacional de Saúde Bucal em 2004, têm como princípios norteadores da atenção à saúde bucal: a gestão participativa, a ética na prestação dos serviços por parte dos profissionais integrantes do SUS, a ampliação do acesso aos serviços, o acolhimento da população por parte dos centros de saúde, o estabelecimento do vínculo com o usuário e a responsabilidade profissional.

A portaria 599/GM, de 26 de março de 2006, define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), ou seja, a contra-referência necessária para atender aos casos de média complexidade provenientes da atenção básica, cumprindo os princípios de integralidade propostos pela Constituição Federal.

Os LRPD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral. Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento, porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal.

A portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde, baseado em três princípios: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. O pacto

pela Saúde não apenas reformula as políticas do SUS, como revigora e fortalece os processos de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, estabelecendo metas a serem cumpridas, criando os territórios sanitários e responsabilizando os municípios pela qualidade dos serviços prestados no âmbito do SUS.

A portaria nº 3840 de 07 de dezembro de 2010, inclui no Pacto pela Saúde dois indicadores da Saúde Bucal, sendo eles a cobertura populacional estimadas das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família e média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Conforme Portaria MS/GM nº 2488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, (...), em seu Anexo I, Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, vamos encontrar:

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica:

I – participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II – manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III – realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV – realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V – garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI – participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII – realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII – responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX – praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X – realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

- XI – acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII – garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII – realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV – realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- XV – participar das atividades de educação permanente;
- XVI – promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII – identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII – realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Atribuições específicas do Cirurgião-Dentista:

- I – realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II – realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
- III – realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- IV – realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V – coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI – acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII – realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal(ASB); e
- VIII – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

5.2 - Evolução da Saúde Bucal no Brasil

A Evolução Histórica das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil foi marcada por grandes avanços até os dias atuais. No final do século XIX e início do século XX a prática de Saúde Bucal era em sua maioria realizada em consultórios particulares. Esse modelo de atenção também conhecido como “odontologia de mercado” permaneceu hegemônico durante muitas décadas. O mesmo era marcadamente biologista (desconsiderando o componente social da doença), curativista, tecnicista e especializado. Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), mantido por um acordo de cooperação técnica

entre Brasil e Estados Unidos, com apoio da fundação Rockefeller. O SESP foi responsável pelo desenvolvimento das primeiras experiências de intervenção voltadas para as questões de Saúde Bucal em âmbito nacional, e conjugavam ações preventivas (fluoretação da água e aplicação tópica de flúor) e curativas. O principal alvo dessas ações foi a população escolar de 6 a 14 anos, devido a sua maior vulnerabilidade epidemiológica e por ser facilmente abordável devido ao vínculo escolar. As ações do programa se baseavam no modelo do sistema Incremental, que marca o início da organização e programação da assistência odontológica, introduzindo algumas medidas preventivas e, posteriormente, pessoal auxiliar e trabalho a quatro mãos (PINTO, 2010).

Pinto (2008) define o modelo incremental, como:

“Método de trabalho que visa o completo atendimento de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridade quanto a idade e problemas.”

O autor ainda ressalta que o pressuposto desse sistema consistia na crença de que a prevenção da cárie na infância livraria os futuros adultos da doença. Com o passar dos anos, mudanças nas dinâmicas do sistema incremental nas escolas fizeram com que a atenção perdesse o foco preventivo em que fora baseado, voltando-se para ações curativas.

Com o surgimento do Programa Saúde da Família nos anos 90, foram aparecendo também medidas preventivas, fornecendo uma nova aparência ao modelo de Saúde Bucal no Brasil. Para Oliveira *et al.* (1999) os novos modelos de atenção a Saúde Bucal a serem incorporados a essa estratégia deveriam basear-se nos pressupostos de reordenamento da prática odontológica e mudanças na abordagem do processo saúde-doença. A Odontologia começou a fazer parte de uma equipe multidisciplinar, sendo que para cada Equipe de Saúde da Família, há uma Equipe de Saúde Bucal, que se encontra inserida nos programas de atenção aos grupos etários, grupos por condições sistêmicas, pacientes com necessidades especiais (PNE), entre outros.

Frazão e Narvai (2009) ressaltam que em 2004 começaram a ser instalados em todos os estados brasileiros, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Os CEO são unidades de referência para as unidades de saúde encarregadas da atenção odontológica básica, e estão integrados ao processo de planejamento localregional, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados por estados, municípios e governo federal. O atendimento de pacientes com necessidades especiais e as ações especializadas de periodontia, endodontia, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor integram o elenco ofertado minimamente em todos os CEO.

5.3 - Promoção e Prevenção a Saúde

O Ministério da Saúde através da Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) nos afirma que:

“Nas últimas décadas tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que a doença seja produtora de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.”

Em um estudo realizado por Almeida e Ferreira (2008) pode-se observar que:

“A equipe de saúde bucal, embora inserida somente em 2001 no contexto do PSF, apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor. Com exceção da fluoretação da água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel do Cirurgião-Dentista como executor desse processo. A visita domiciliar poderia ser mais utilizada, a fim de conhecer o ambiente de vida das famílias, hábitos e condições de moradia, servindo de instrumento auxiliar no planejamento das ações. Sabe-se que essa atividade é prioritária do agente de saúde, mas é importante aproximação da realidade das pessoas na prática e não só por intermédio de outros profissionais. No entanto, existem dificuldades nesse âmbito, haja vista a grande quantidade de tempo voltada para o atendimento clínico por causa da demanda existente.

A segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal e o Ministério da Saúde enfatizam essa questão, demonstrando que a educação em saúde deve ser desenvolvida nos diferentes espaços sociais (centros comunitários, igrejas, associações de moradores, escolas, fábricas, dentre outros), expandindo as atividades para além das paredes da unidade, característica importante no PSF. Apesar da possibilidade de atuação em diversos espaços, em nosso estudo mais utilizado é a escola, com pouca referência a outros ambientes na comunidade.

A terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal propõe a sua relação com a saúde geral, incentivando o processo de qualificação dos profissionais de saúde, permitindo que estes sejam capazes de inter-relacionar manifestações bucais com alterações sistêmicas. Essa integração é importante e deveria ser mais expressiva, utilizando fatores de risco comuns entre os diversos problemas de saúde para o desenvolvimento das atividades educativas”.

5.4 - Planejamento em Saúde Bucal

Segundo Matus (1994) existem quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, a saber:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional”, aqui se considera a existência de outros executores, que apresentam explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.
- Momento normativo: quando são formuladas soluções para agir nos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, podendo ser entendido como o momento de elaboração de propostas para solução.
- Momento estratégico: busca-se aqui analisar e construir a viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Oliveira *et al.* (1998) relata que os levantamentos epidemiológicos são necessários tanto para o conhecimento da prevalência das doenças bucais como para estimar necessidades de tratamento. A partir dos dados coletados podem-se planejar, executar e avaliar ações de saúde, inferir sobre a eficácia geral dos serviços, além de permitir comparações de prevalências em diferentes períodos de tempo e áreas geográficas

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

SEÇÃO 1

DADOS GERAIS, RELACIONADOS À INFRA-ESTRUTURA E NECESSIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Aspectos Demográficos

Quadro 1 - Aspectos demográficos segundo a faixa etária e o sexo dos indivíduos avaliados.

POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E O SEXO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE PREVENÇÃO É SAÚDE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2011			
Faixa etária	Masculino	Feminino	Número de pessoas
< 1 ano	17	17	34
1 a 4 anos	71	74	145
5 a 6 anos	62	44	106
7 a 9 anos	89	79	168
10 a 14 anos	123	142	265
15 a 19 anos	166	140	306
20 a 39 anos	496	393	889
40 a 49 anos	153	139	292
50 a 59 anos	136	171	307
> 60 anos	182	195	378
Total	1495	1394	2889

Fonte: SIAB

Quadro 2 - Aspectos demográficos segundo a faixa etária e a micro-área.

POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE PREVENÇÃO É SAÚDE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO A MICRO-ÁREA, NO ANO DE 2011									
Faixa etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
< 1 ano	3	2	10	4	3	0	11	1	34
1 a 4 anos	24	22	23	19	13	14	17	13	145
5 a 6 anos	15	21	11	11	10	11	19	8	106
7 a 9 anos	21	27	23	17	20	20	27	13	168
10 a 14 anos	42	36	48	27	21	27	40	24	265
15 a 19 anos	59	52	43	35	26	24	44	23	306
20 a 39 anos	122	170	130	127	86	69	129	56	889
40 a 49 anos	57	47	40	45	29	21	30	23	292
50 a 59 anos	54	48	50	44	44	13	38	16	307
> 60 anos	57	54	69	82	39	26	29	21	377
Total	454	479	447	411	291	225	384	198	2889

Fonte: SIAB

Considerando a análise do quadro 1 e 2, pode-se observar que a população da área de abrangência da ESF Prevenção é Saúde possui 2.889 habitantes, sendo que 1.495 são do sexo feminino e 1.394 são do sexo masculino. Apresenta maior concentração de adultos na faixa etária de 20 a 39 anos, seguido de idosos maior de 60 anos.

Em 1970, o formato piramidal da estrutura etária começou a desaparecer, anunciando um rápido processo de envelhecimento da população, tendendo a um formato retangular no futuro, devido a um declínio da mortalidade e da fecundidade do país. De 3,1%, em 1970, as pessoas com 65 ou mais anos de idade deverão corresponder, em 2050, a aproximadamente 19% da população brasileira. Portanto, torna-se necessário investir na atual geração de crianças, nas áreas de saúde e educação, já que essas serão as forças de trabalho que sustentarão as crescentes razões de dependência de idosos, além de preparar a sociedade, mediante reformas institucionais na área da seguridade social, para conviver, no futuro próximo, com altas e sustentadas taxas de dependência de idosos (CARVALHO & RODRIGUEZ-WONG, 2008).

Quadro 3 - Aspectos demográficos da população idosa da área de abrangência da equipe Prevenção é Saúde.

POPULAÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO LOCAL DE MORADIA E SEXO				
ANO 2011				
Idosos (> 60 anos)	Zona Urbana	Zona Rural	Masculino	Feminino
665	553	112	307	358

Fonte: Ficha A

Aspectos Ambientais

Quadro 4 - Aspectos ambientais, relacionados ao abastecimento de água.

FAMÍLIAS COBERTAS POR ABASTECIMENTO DE ÁGUA SEGUNDO A MODALIDADE E MICRO-ÁREA NO ANO 2011									
Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
Rede pública	137	136	119	121	0	0	2	0	515
Poço/Nascente	0	0	0	0	85	59	91	56	291
Outros	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total de famílias	137	136	119	121	86	59	93	56	807

Fonte: SIAB

Segundo o Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil (BRASIL, 2009), a fluoretação das águas de abastecimento público constitui no elemento essencial da estratégia de promoção da saúde, eixo norteador da Política Nacional de Saúde Bucal. Nesse âmbito, a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. De acordo com o quadro acima, o abastecimento de água da rede pública cobre 100% da população da zona urbana. Já na zona rural do município, apenas uma pequena parcela da população é coberta por este benefício, sendo esta orientada a realizar fervura e filtragem da água para consumo. Sendo assim, a população da zona rural necessita de aplicações periódicas de flúor para suprir a falta da fluoretação da água.

Quadro 5 - Aspectos ambientais, relacionados à coleta do lixo.

FAMÍLIAS COBERTAS POR COLETA DO LIXO SEGUNDO A MODALIDADE E MICRO-ÁREA, NO ANO DE 2011									
Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
Coleta pública	137	136	119	121	0	0	4	0	517
Queimado/Enterrado	0	0	0	0	65	31	21	0	117
Céu aberto	0	0	0	0	21	28	68	56	173
Total de famílias	137	136	119	121	86	59	93	56	807

Fonte: SIAB

Quadro 6 - Aspectos ambientais, relacionados às instalações sanitárias.

FAMÍLIAS COBERTAS POR INSTALAÇÕES SANITÁRIAS SEGUNDO A MODALIDADE E MICRO-ÁREA, NO ANO DE 2011									
Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
Sistema de esgoto	137	136	119	121	1	0	2	0	516
Fossa	0	0	0	0	80	5	54	1	140
Céu aberto	0	0	0	0	5	54	37	55	151
Total de famílias	137	136	119	121	86	59	93	56	807

Fonte: SIAB

Considerando os dados dos quadros 4 e 5, a coleta de lixo e as instalações sanitárias de rede de esgoto no município de Santa Maria do Salto cobre 100% da população da zona urbana. Já na zona rural do município, apenas uma pequena parcela da população é coberta por estes serviços.

Segundo informantes-chave, o saneamento básico ainda é precário. A empresa COPANOR está realizando um trabalho para estruturar a rede de esgoto do município, mas ainda não foi concluído. O esgoto por muito tempo foi despejado nos córregos que atravessam o município. Nestes córregos, muitas crianças brincam o que ocasiona um grande índice de verminoses e micoses. Também é realizada a pesca nas águas contaminadas. Com relação ao destino do lixo, apesar da coleta ser diária e existir um aterro sanitário controlado, ainda há moradores que jogam o lixo nas encostas dos córregos, causando a contaminação das águas e riscos de enchentes.

Aspectos Sócio-Econômicos

Quadro 7 - Aspectos culturais, relacionados à escolaridade

POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E MICRO-ÁREA FREQUENTANDO A ESCOLA E ALFABETIZADOS, NO ANO DE 2011									
Faixa etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
7 a 14 anos	63	63	71	44	41	47	67	37	433
7 a 14 anos na escola	62	62	71	44	41	47	65	37	429
> 15 anos	349	371	332	333	224	153	270	139	2171
>15 anos alfabetizados	269	299	250	256	171	121	202	110	1687

Fonte: SIAB

A análise dos dados permite constatar que existe pouca evasão escolar na área de abrangência da equipe, sendo que 99% da população na faixa etária de 7 a 14 anos encontra-se freqüente na escola. Já na faixa etária maior que 15 anos, a população considerada alfabetizada é de 77,7%.

SEÇÃO 2

DADOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL

Quadro 8 - Avaliação dos índices Ceo e CPOD, de acordo com o levantamento epidemiológico (por amostragem) realizado pela Equipe de Saúde Bucal da ESF Prevenção é Saúde, de Santa Maria do Salto - MG.

POPULAÇÃO DE ESCOLARES AVALIADA COM ÍNDICES Ceo e CPOD = 0 SEGUNDO A IDADE, NO ANO DE 2009			
Idade	Nº indivíduos examinados	Nº indivíduos com Ceo e CPOD = 0	% indivíduos com Ceo e CPOD = 0
5 anos	50	28	56,00
6 anos	50	27	54,00
7 anos	50	12	24,00
8 anos	50	14	28,00
9 anos	50	10	20,00

10 anos	50	18	36,00
11 anos	50	26	52,00
12 anos	50	18	36,00
13 anos	50	29	58,00
14 anos	50	22	44,00
Total	500	204	40,80

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

Quadro 9 - Valor absoluto e média do índice Ceo.

POPULAÇÃO DE ESCOLARES AVALIADA SEGUNDO A IDADE QUANTO AO VALOR ABSOLUTO E A MÉDIA DO ÍNDICE Ceo, NO ANO DE 2009			
Idade	Nº indivíduos examinados	Índice Ceo Valor absoluto	Índice Ceo Média (%)
5 anos	50	49	0,98
6 anos	50	130	2,60
7 anos	50	131	2,62
8 anos	50	134	2,68
9 anos	50	106	2,12
10 anos	50	65	1,30
11 anos	50	30	0,60
12 anos	50	12	0,24
13 anos	50	0	0,00
14 anos	50	0	0,00
Total	500	657	1,31

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

Quadro 10 - Valor absoluto e média do índice CPOD.

POPULAÇÃO DE ESCOLARES AVALIADA SEGUNDO A IDADE QUANTO AO VALOR ABSOLUTO E MÉDIA DO ÍNDICE CPOD, NO ANO DE 2009			
Idade	Nº indivíduos examinados	Índice CPOD Valor absoluto	Índice CPOD Média (%)
5 anos	50	0	0,00
6 anos	50	6	0,12
7 anos	50	3	0,06
8 anos	50	7	0,14
9 anos	50	32	0,64
10 anos	50	38	0,76
11 anos	50	37	0,74
12 anos	50	87	1,74
13 anos	50	73	1,46
14 anos	50	78	1,56
Total	500	361	0,72

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

Os resultados obtidos mostram que a média geral do CPOD (0,72) e Ceo (1,31) no município de Santa Maria do Salto encontra-se em um nível satisfatório.

Examinando-se cada faixa etária separadamente, o índice CPOD mais alto obtido foi de 1,74 na idade de 12 anos, o que demonstra uma prevalência baixa de lesões de cárie dentária, de acordo com o grau de severidade para a idade de 12 anos estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quadro 11 - Levantamento Epidemiológico em adultos de 18 a 59 anos realizado pela Equipe Prevenção é Saúde.

POPULAÇÃO DE ADULTOS AVALIADA SEGUNDO A IDADE QUANTO AO CPOD, IPC, LESÃO DE MUCOSA E GRAU DE RISCO FAMILIAR					
Adulto Examinado	Idade	CPOD	IPC	Lesões de Mucosa	Grau de Risco Familiar
Adulto1	18	6	1	Ausente	Baixo Risco
Adulto 2	52	14	0	Ausente	Médio Risco

Adulto 3	25	2	2	Ausente	Sem risco
Adulto 4	33	15	0	Ausente	Médio risco
Adulto 5	20	3	0	Ausente	Sem risco
Adulto 6	24	2	0	Ausente	Sem risco
Adulto 7	52	26	2	Presente	Alto risco
Adulto 8	29	18	0	Ausente	Médio risco
Adulto 9	29	12	2	Ausente	Médio risco
Adulto 10	23	5	0	Ausente	Baixo Risco
Adulto 11	46	23	0	Ausente	Alto risco
Adulto 12	26	1	0	Ausente	Sem risco
Adulto 13	31	4	0	Ausente	Sem risco
Adulto 14	35	5	0	Ausente	Baixo Risco
Adulto 15	40	6	1	Ausente	Baixo Risco
Adulto 16	27	2	0	Ausente	Sem risco
Adulto 17	19	3	0	Ausente	Sem risco
Adulto 18	48	8	2	Ausente	Baixo Risco
Adulto 19	32	4	1	Ausente	Sem risco
Adulto 20	21	3	0	Ausente	Sem risco

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

Por meio da análise dos dados pode-se observar que o grau de risco da família é um fator importante para se estabelecer prioridades quanto ao atendimento odontológico, visto que estas famílias são mais vulneráveis ao risco de adoecer, devido provavelmente à falta de informação e condição social.

Quadro 12 – Levantamento Epidemiológico em idosos maiores de 60 anos da Equipe Prevenção é Saúde.

POPULAÇÃO DE IDOSOS AVALIADA QUANTO AO CPOD, IPC, LESÃO DE MUCOSA E NECESSIDADE DE PRÓTESE				
Idosos	CPOD	IPC	Lesões de Mucosa	Necessidade de Prótese (Presente/Ausente)
Idoso 1	32	0	Ausente	Presente - Não necessita
Idoso 2	32	0	Ausente	Presente - Necessita
Idoso 3	28	2	Ausente	Ausente - Necessita
Idoso 4	32	0	Presente	Ausente - Necessita
Idoso 5	32	0	Ausente	Ausente - Necessita
Idoso 6	32	0	Ausente	Presente - Necessita
Idoso 7	32	0	Presente	Presente - Não necessita
Idoso 8	32	0	Ausente	Presente – Não necessita
Idoso 9	32	0	Ausente	Ausente – Necessita
Idoso 10	32	0	Presente	Ausente – Necessita

Idoso 11	26	2	Ausente	Presente – Necessita
Idoso 12	32	0	Ausente	Presente – Não necessita
Idoso 13	32	0	Presente	Ausente – Necessita
Idoso 14	32	0	Ausente	Presente – Necessita
Idoso 15	32	0	Presente	Presente – Não necessita

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

A partir dos dados coletados percebe-se que ainda há uma forte predominância de idosos desdentados, sendo que 86,6% da amostra estudada apresentou um quadro de edentulismo.

O índice CPOD por indivíduo se apresenta em um nível elevado, sendo o maior índice 32 e o menor 26. O IPC se apresentou no nível 2 (presença de cálculo). Da amostra estudada, apenas 5 idosos apresentaram lesões de mucosa e 9 idosos necessitam de prótese.

Por meio desse estudo pode-se perceber o alto índice de edentulismo entre os idosos. Levando em consideração a transição demográfica, com conseqüente aumento da população idosa no país, deve-se intensificar as atividades preventivas para que os futuros idosos tenham uma melhor qualidade de vida e melhor condição de saúde bucal.

Quadro 13 – População de idosos avaliada com relação aos índices Katz, IADHB e GOHAI

Idosos Avaliados	Katz	IADHB	GOHAI
Idoso 1	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida
Idoso 2	Independente	Independente	Impacto quanto à função mastigatória
Idoso 3	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida
Idoso 4	Independente	Independente	Impacto quanto à dor (Estomatite)
Idoso 5	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida
Idoso 6	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida
Idoso 7	Independente	Independente	Impacto quanto à função mastigatória
Idoso 8	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida
Idoso 9	Independente	Independente	Impacto quanto à dor (Estomatite)
Idoso 10	Independente	Independente	Impacto quanto à função mastigatória
Idoso 11	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida

Idoso 12	Independente	Independente	Impacto quanto à função mastigatória
Idoso 13	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida
Idoso 14	Independente	Independente	Impacto social
Idoso 15	Independente	Independente	Sem impacto na qualidade de vida

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

A partir do levantamento pode-se perceber que 100% da amostra estudada é capaz de realizar suas Atividades de Vida Diária (AVD) de forma independente. Esse resultado foi obtido tanto no Índice de Katz Modificado, quanto no Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (IADHB), mostrando assim uma coincidência entre os dois índices.

Os resultados em relação ao Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral (GOHAI) se apresentaram de forma alternada, sendo que oito idosos apresentaram “sem impacto na qualidade de vida”, quatro apresentaram “impacto quanto à função mastigatória”, dois apresentaram “impacto quanto à dor” e um idoso apresentou “impacto social”.

6.2 - PLANO DE AÇÃO

SEÇÃO 1

IDENTIFICANDO OS NÓS CRÍTICOS

A análise do diagnóstico situacional e da discussão dos resultados permite identificar uma série de fatores que se tornam um entrave para o bom funcionamento das atividades de saúde na área da ESF Prevenção é Saúde.

Sendo assim, é possível apontar alguns deles:

- Demograficamente a população idosa se encontra em expansão, o que requer uma maior atenção a esse público;
- Não existe laboratório de prótese dentária conveniado ao município;
- Não há abastecimento de água por rede pública na zona rural, portanto esta população não é beneficiada com a fluoretação da água;
- Não há atendimento por faixa etária, sendo o agendamento realizado de forma aleatória.

SEÇÃO 2

PLANO DE AÇÃO

Quadro 14 - Plano de ação proposto a partir do diagnóstico situacional realizado na ESF Prevenção é Saúde

AÇÕES COLETIVAS						
ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar escovação supervisionada aos usuários dos grupos operativos.	TSB ou CD	Crianças, gestantes, diabéticos e PNE: 4x/ano Adolescentes, adultos e idosos: 2x/ano Usuários c/ atividade de cárie e DP: 4x/ano, além das realizadas preventivas.	UBS, escolas, creches, eventos.	Orientar quanto à correta higienização oral e proporcionar autonomia ao usuário.	Grupo de 35 participantes Duração: 1 hora	Instalação de escovódromo nas UBS do município, nas escolas da zona rural e na creche. Escovas e dentífrico fluoretado.
ATIVIDADES EDUCATIVAS						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar atividades educativas para todos os grupos educativos em funcionamento, enfatizando a realização do auto-exame da boca	TSB ou CD	Frequência: 2x/ano	UBS, escolas, creches.	Orientar quanto à importância da saúde bucal, enfatizando o assunto abordado de acordo com o grupo assistido.	Grupo de 20 participantes Duração: 1 hora	Panfletos educativos, recursos de multimídia.
VISITA DOMICILIAR						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar visitas domiciliares (VD) para 100% das famílias para verificar o acesso à escova e dentífrico fluoretado.	ACS	Será realizada 1x/ano a verificação do acesso, com atualização do cadastro familiar. Prazo: 1 ano	Na área de abrangência da equipe de saúde.	Verificar o acesso individual à escova e dentífrico fluoretado aos usuários da área de abrangência	Através de VD, verificar se há presença de escova e dentífrico fluoretado e o estado de conservação dos mesmos.	-----

PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar 1ª consulta odontológica para todos os usuários avaliados para classificação de risco e identificados como risco R1. Após a 1ª consulta de todos os usuários R1, será programada a 1ª consulta para os usuários R2 e R3.	CD	1x/ano Prazo: 1 ano	Consultório Odontológico	Garantir cobertura de primeira consulta odontológica aos usuários avaliados.	Atendimento individual Duração: 40 minutos	Material de consumo odontológico
TRATAMENTO						
CRIANÇAS						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar tratamento para todos os usuários com priorização: R1, R2 e R3 respectivamente	CD e TSB	De acordo com o agendamento realizado após a classificação do grau de risco. Prazo: 1 ano	Consultório Odontológico	Diminuir os índices de lesões de cárie e doença periodontal.	Atendimento individual Duração do procedimento: 20 minutos	Material de consumo odontológico
ADOLESCENTES 10 A 19 ANOS						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar tratamento aos usuários com priorização: R1, R2 e R3 respectivamente.	CD e TSB	De acordo com o agendamento realizado após a classificação do grau de risco. Prazo: 1 ano	Consultório odontológico	Diminuir os índices de lesões de cárie e doença periodontal.	Atendimento individual Duração do procedimento: 20 minutos	Material de consumo odontológico
ADULTOS						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar tratamento aos usuários com priorização: R1, R2 e R3 respectivamente.	CD e TSB	De acordo com o agendamento realizado após a classificação do grau de risco. Prazo: 1 ano	Consultório odontológico	Diminuir os índices de lesões de cárie e doença periodontal.	Atendimento individual Duração do procedimento: 20 minutos	Material de consumo odontológico

IDOSOS						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar tratamento aos usuários com priorização: R1, R2 e R3 respectivamente.	CD e TSB	De acordo com o agendamento realizado após a classificação do grau de risco. Prazo: 1 ano	Consultório odontológico	Diminuir os índices de lesões de cárie e doença periodontal.	Atendimento individual Duração do procedimento: 20 minutos	Material de consumo odontológico
GESTANTES						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar tratamento aos usuários com priorização: R1, R2 e R3 respectivamente.	CD e TSB	De acordo com o agendamento realizado após a classificação do grau de risco. Prazo: 1 ano	Consultório odontológico	Diminuir os índices de lesões de cárie e doença periodontal. Reforçar a importância da manutenção da saúde bucal durante a gestação.	Atendimento individual Duração do procedimento: 20 minutos	Material de consumo odontológico
DIABÉTICOS						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar tratamento aos usuários com priorização: R1, R2 e R3 respectivamente.	CD e TSB	De acordo com o agendamento realizado após a classificação do grau de risco. Prazo: 1 ano	Consultório odontológico	Diminuir os índices de lesões de cárie e doença periodontal.	Atendimento individual Duração do procedimento: 20 minutos	Material de consumo odontológico
USUÁRIOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS						
O quê	Quem	Quando	Onde	Por quê	Como	Custo
Realizar tratamento aos usuários com priorização: R1, R2 e R3 respectivamente.	CD e TSB	De acordo com o agendamento realizado após a classificação do grau de risco. Prazo: 1 ano	Consultório odontológico	Diminuir os índices de lesões de cárie e doença periodontal.	Atendimento individual Duração do procedimento: 20 minutos. Serão atendidos os usuários que permitirem tratamento em atenção primária.	Material de consumo odontológico

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar e avaliar as condições de saúde, em especial de saúde bucal, da área de abrangência da ESF Prevenção é Saúde do município de Santa Maria do Salto - MG torna-se possível perceber como o trabalho da APS pode avançar.

Considerando a governabilidade de cada ação pretendida é possível obter resultados satisfatórios e evitar frustrações, tanto para profissionais da saúde como para a população.

O papel do Cirurgião-Dentista inserido em uma equipe multidisciplinar, como a ESF, consiste em conhecer a situação de saúde da população, bem como as condições de vida social, cultural da mesma e envolvê-la em práticas de saúde, sempre ressaltando a sua autonomia.

O diagnóstico situacional realizado neste estudo permitiu o aprofundamento do conhecimento da população assistida, bem como a identificação de formas mais efetivas de trabalhar as questões prioritárias.

Com base na literatura revista, no diagnóstico locorregional/plano de ação propostos neste trabalho e na saúde bucal da ESF Prevenção é Saúde do município de Santa Maria do Salto/MG, concluiu-se que:

- A área de abrangência da ESF Prevenção é Saúde possui 2.889 habitantes, sendo que 1.495 são do sexo feminino e 1.394 são do sexo masculino. Por faixa etária a maior concentração é de adultos entre 20-39 anos, seguido da população idosa.
- Com relação aos serviços de abastecimento de água, coleta de lixo e instalações sanitárias, 100% da população da zona urbana é beneficiada. Algumas famílias da zona rural que estão nas proximidades da área urbana também são cobertas pelo serviço. Sendo assim, a população da zona rural necessita de aplicações periódicas de flúor para suprir a falta da fluoretação da água.
- Com relação à alfabetização, 99% da população na faixa etária de 7 a 14 anos encontra-se freqüente na escola. Já na faixa etária maior que 15 anos, a população considerada alfabetizada é de 77,7%.
- A média geral dos escolares para o CPOD foi de 0,72 e ceo 1,31. Considerados em nível satisfatório.
- Por faixa etária, o índice CPOD mais alto foi de 1,74 na idade de 12 anos, o que demonstra uma prevalência baixa de lesões de cárie dentária, de acordo com o grau de severidade para a idade de 12 anos estabelecida pela OMS.

- O grau de risco da família é um fator importante para se estabelecer prioridades quanto ao atendimento odontológico visto que, estas famílias são mais vulneráveis ao risco de adoecer.
- Na população idosa, 86,6% da amostra estudada apresentou um quadro de edentulismo. Com relação aos índices Katz modificado e IADHB, 100% da amostra estudada é capaz de realizar suas AVD de forma independente.
- O plano de ação abrangeu as questões prioritárias dentro da governabilidade da ESB.

REFERÊNCIAS

- 1) ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2131-2140, set, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/19.pdf>. Acesso em: 13 Out. 2011.
- 2) Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs Acesso em: 16 Set. 2011.
- 3) BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 22 Set. 2011.
- 4) BRASIL. **Lei 8080**. Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 22 Set. 2011.
- 5) BRASIL. **Lei 8.142**. *Diário Oficial da União*, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em: 22 Set. 2011.
- 6) BRASIL. **Emenda Constitucional 29**. Diário Oficial da União, 14 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em: 22 Set. 2011.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde /01 e 02**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala110.pdf>. Acesso em: 22 Set. 2011.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acesso em: 12 Nov. 2011.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 599/GM**, de 26 de março de 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/odontologia/Portaria_599.pdf Acesso em: 12 Nov. 2011.
- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3840** de 07 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106565-3840.html> Acesso em: 12 nov. 2011.
- 11) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2488** de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> Acesso em: 12 Nov 2011.
- 12) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

- 13) CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- 14) CARVALHO, J.A.M.; RODRIGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):597-605, mar, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf> Acesso em: 12 Nov. 2011.
- 15) DATASUS, homepage. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>. Data de acesso: 02 de outubro de 2011.
- 16) FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de luta por uma Política Pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31747_4099.PDF. Acesso em: 05 Nov. 2011.
- 17) MATUS, C. EI PES. **En la practica**. Caracas: Fundación Altadir; 1994.
- 18) OLIVEIRA, A. G. R. C. *et al.* **Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde**. Rev. Bras. Epidemiologia. Vol. 1, Nº 2, 1998.
- 19) PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**
- 20) PINTO, R. S. **Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira**. 2010. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5404 Acesso em: 12 Nov. 2011.
- 21) PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5 ed. São Paulo: Santos, 2008.
- 22) Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Informe Técnico de Saúde Bucal para Crianças e Adolescentes – Manual de Diagnóstico e Avaliação**. Belo Horizonte, 1995
- 23) VARGAS, A. M. D. *et al.* **Saúde Bucal - Atenção ao Idoso**. Belo Horizonte, 2009.