

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOELSON VELOSO DE ALMEIDA

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO TERRITÓRIO DE
AMBRÂNGENCIA DA ESF VILA ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE UBAI-MG**

**UBAÍ/MG
2015**

JOELSON VELOSO DE ALMEIDA

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO TERRITÓRIO DE
AMBRÂNGENCIA DA ESF VILA ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE UBAI-MG**

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

Orientadora: Prof^a. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

UBAÍ/MG

2015

JOELSON VELOSO DE ALMEIDA

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO TERRITÓRIO DE
AMBRÂNGENCIA DA ESF VILA ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE UBAI-MG**

Banca Examinadora:

Prof.: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira -Orientador

Prof.: _____ - Examinador

Aprovado em: __/__/__.

UBAÍ/MG

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao nosso senhor Deus, que direcionou todos os meus passos.

A minha família, que me apoiaram nos momentos difíceis, dando-me toda atenção e compreensão, encorajando para levar adiante o meu sonho.

A minha estimada orientadora que não desistiu e acreditou em mim.

E a todos os professores e amigos que através de seus ensinamentos e incentivos fizeram parte desta grande realização.

RESUMO

Este trabalho se objetiva na construção de um projeto de intervenção apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Embora não haja registros epidemiológicos na Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal de Ubaí, este trabalho se justifica pelo alto índice de problemas bucais observados durante o atendimento odontológico realizado na ESF Vila Esperança no município de Ubaí - MG, e ocasionalmente com tendência a aumentar tais números. A falta de saúde bucal pode levar o usuário a doenças gengivais, acúmulo de placas bacterianas, problemas de halitose dentre outros. Tais problemas se agravam com o passar do tempo sem acompanhamento odontológico correto e necessário. Diante disto, viu-se a necessidade da elaboração de um Projeto de Intervenção no ESF Vila Esperança para que seja sanado e/ou amenizados os problemas na Saúde Bucal deste município.

Palavras Chave: Promoção. Prevenção .Saúde bucal.

ABSTRACT

This study aims to build an intervention project presented as Working Specialization Course Completion of Primary Family Health. Although there is no epidemiological records at Health and Municipal Ubaí Hall, this work is justified by the high rate of oral problems observed during dental services provided by the ESF in the municipality of Vila Hope Ubaí - MG, and occasionally tendency to increase those numbers. The lack of oral health can lead the user to gum disease, accumulation of bacterial plaque, halitosis problems and others. Such problems worsen over time without proper dental care and necessary. Given this, saw the need to draw up an intervention project in ESF Vila Hope to be remedied and / or mitigated the problems in the oral health of this city.

Key words: Promotion. Prevention. Oral health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Justificativa	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3 METODOLOGIA.....	10
4 REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	11
4.2 A Atenção Primária à Saúde (APS).....	14
4.3 APS e os pontos de atenção a saúde bucal.....	21
5 PLANO DE AÇÃO	22
5.1 Diagnóstico Epidemiológico	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS	34

1 INTRODUÇÃO

A origem de Ubaí tem versões diferentes, como tudo que faz parte da história. Mas, contam as pessoas idosas, iniciou-se com a iniciativa de dois fazendeiros, Francisco Macambira e Joaquim de Queiroz, diante da promessa do Estado de construir uma escola na região pelas dificuldades de acesso da população que ali vivia. Estes se juntaram e doaram um terreno, que em pouco tempo se tornou povoado sendo denominado Santa Rita das Canoas. Os primeiros habitantes contribuíram com o crescimento local. Com o passar do tempo, o então distrito de Brasília de Minas começa lentamente a se desenvolver e lutar pela sua emancipação.

O nome Ubaí é oriundo de um termo indígena que comporta o significado de uma canoa, utilizada pelos índios para a travessia até a região, principalmente o São Francisco. Portanto, houve uma influência decisiva do espírito aventureiro de homens que desbravaram terras e navegaram os rios em busca de riquezas e terras férteis.

A cidade de Ubaí está dividida em três momentos: povoado (1922), distrito (1963) e cidade (1964). A cidade foi emancipada em 01 de março de 1964, tendo como Primeiro prefeito senhor Lindolfo Rêgo, o principal mentor da emancipação do município. Na sua gestão foram construídas as estradas que ligam Brasília de Minas, São Romão, e São Francisco.

O município de Ubaí, segundo dados do (IBGE, 2013), esta situada na região sudeste do Brasil, possui como unidade federativa o Estado de Minas Gerais, se localiza na mesorregião denominada Norte de Minas Gerais, no Alto Médio São Francisco, parte da Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco. A sede está a 570 m de altitude, sendo o local de altitude máxima e mínima respectivamente, a localidade de Boa Vista à 729m e Bentópolis de Minas a 488m. O município possui intenção territorial de 821.872 Km², com uma densidade demográfica de 13,0 hab/ km² e registro de 8.727 eleitores e conta com uma população total de 12.248 habitantes (IBGE, 2010). Faz limite com os municípios de Icaraí de Minas a 16 km, Campo Azul a 25 km, São Romão a 40 km, Brasília de Minas a 50 km (microrregional), Luislândia a 56 km e Ponto Chique a 61 km. Está ainda 152 km da macro regional Montes Claros e a 565 km da capital do Estado, Belo Horizonte e a 831km da capital do País, Brasília DF. Pode - se citar ainda outras cidades próximas como:

São Francisco a 75km, Januária a 162km (GRS) e Coração de Jesus a 87km. Conforme Figura 1 representa a estrutura local central de Ubaí – MG.

O município se divide em: um distrito denominado Bentópolis de Minas; seis povoados, sendo eles: Boa Vista, Capão da Onça, Malhada Bonita, Raiz, São Judas Tadeu e Veloslândia; e 65 localidades rurais.

As principais atividades econômicas existentes no município são: agricultura e pecuária. Sendo exemplos de produção agrícola a lavoura permanente de bananas, laranjas, hortaliças, etc. e a lavoura temporária de arroz em casca, mandioca, cana-de-açúcar, fava, feijão e milho em grãos, etc. E exemplos de produção pecuária a criação de bovinos, equinos, suínos, caprinos, ovinos, asininos, muares, aves e apiários.

No município podem ser observadas as seguintes entidades empregadoras: Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais, Prefeitura Municipal de Ubaí, Setores privados como: comércio varejista e supermercados.

Segundo o cadastro de famílias do programa de saúde da família ano 2013, a renda familiar aproximada é de um salário mínimo. Isso mostra uma melhora na incidência de pobreza que há 4 anos correspondia a 64,42%, onde 445 famílias viviam com renda inferior à 60 reais, ou seja 4% das famílias possuíam uma renda que correspondia à 12,5% de um salário mínimo, portanto abaixo da linha de pobreza.

O município possuiu 35 (trinta e cinco) escolas, 05 (cinco) creches, sendo 03 (três) na área urbana e 02 (duas) em povoados, 01 (uma) Escola Técnica Centro Educacional Ubaí (CEU) privada, 01 (uma) faculdade SAPIENS Ciências Humanas privada. A taxa de analfabetismo em 2003 foi de 36.49 %. A população total do município segundo o IBGE/ 2010 é de 11.681. E segundo o SIAB é de 11.473.

O município de Ubaí possui uma população predominantemente masculina sendo esta 50,3%, onde a grande maioria 62,1% são moradores da área rural. E a faixa etária que predomina é de 20 a 39 anos (IBGE, 2013).

O objetivo central deste trabalho foi propor um Plano de Intervenção, na ESF Vila Esperança em Ubaí/MG, visando promover a atenção primária e prevenção em saúde bucal.

1.1 Justificativa

A proposta de intervenção focada neste trabalho diz respeito ao município de Ubaí/MG, que é uma localidade onde a maioria de seus moradores são pessoas de baixo poder aquisitivo, o que implica em dificuldades pessoais, culturais e sociais, no que diz respeito à saúde bucal, ou por falta de condições de tratamentos odontológicos particulares, falta de acesso aos tratamentos públicos e, ainda pela ausência de conhecimento de como cuidar da saúde bucal.

Por outro lado, torna-se importante, destacar neste estudo, as afirmações de Silva (2007), de que no Brasil, a demanda por atendimento à saúde bucal no Serviço Público não é atendida a contento em razão da incapacidade estrutural, tornando insuficiente o atendimento da população adulta, motivo pelo qual dentes que poderiam ser tratados e recuperados são extraídos. Mesmo porque, essa prática é considerada a alternativa mais econômica.

Nesse aspecto, entende-se que conhecer essas dificuldades e explorar também os recursos públicos disponibilizados para a sociedade como um todo, como é o caso dos serviços odontológicos nas ESFs e divulgar esse conhecimento, é de grande relevância, podendo ser também um meio de contribuir com diversos segmentos, tais como: as ciências em razão do meio metodológico utilizado e o respectivo tino científico do trabalho; os usuários dos serviços odontológicos nas ESFs, que passarão a ter maior conhecimento dos seus direitos como cidadãos e; a própria sociedade é a principal beneficiária desses serviços públicos.

Assim, entende-se que o desenvolvimento do trabalho foi viável tanto pela importância do tema, bem como pela existência de literatura sobre o assunto, da legislação vigente em prol, principalmente dos mais carentes e ainda, pelo interesse do autor em desenvolvê-lo.

Diante disto, viu-se a necessidade da elaboração de um Projeto de Intervenção no ESF Vila Esperança para que seja sanado e/ou amenizados os problemas na Saúde Bucal deste município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Propor um Plano de Intervenção, na ESF Vila Esperança em Ubaí/MG, visando promover a atenção primária e prevenção em saúde bucal.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- ✓ Mostrar a importância de uma boa escovação;
- ✓ Explicar métodos de boa higiene bucal;
- ✓ Identificar quais ações de promoção de saúde bucal poderá ser realizado nos usuários.

3 METODOLOGIA

Os estudos e pesquisas foram realizados em bibliotecas virtuais como a Biblioteca Nacional de Saúde, Biblioteca Virtual do Nescon, Bibliografia Brasileira de Odontologia, Sites sobre saúde bucal como DAB/SAÚDE, CNSB, Ministério da Saúde, Dicionário Aurélio, banco de dados do IBGE, SIAB, além de materiais impressos como revistas e livros relacionados à Saúde Bucal. Este material foi analisado a fim de identificar categorias e métodos capazes de criar um Projeto de Intervenção na Prevenção da Saúde Bucal no ESF Vila Esperança no município de Ubaí/MG, segundo os autores Silveira Filho (2008) e Faria *et. al* (2008) que percebem a importância desse processo preventivo relacionado ao atendimento básico de saúde no Brasil.

Como diagnóstico situacional, o que se observa é que o índice de problemas dentários é alto entre os usuários do ESF Vila Esperança, o que permite supor duas razões. A primeira é que a assistência dentária não está conseguindo atender como deveria a população que necessita desses serviços. A segunda é que essa mesma população em grande parte, não cuida dos seus dentes como deveria.

Assim, a intenção deste trabalho de cunho acadêmico visa implementar um projeto de intervenção na ESF Vila Esperança em Ubaí/MG, visando promover a atenção primária e prevenção em saúde bucal.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, no âmbito da saúde, o início da década de 80, foi marcado pelo fracasso do modelo prestador de serviço, pela privatização da assistência médica, e por um perfil epidemiológico comprometido aliou-se a isso altos índices de desemprego e uma crescente inflação, o que gerou uma grande mobilização da população em busca de melhores condições de vida (STOTZ, 2003). Tal mobilização ficou conhecida como Movimento Sanitarista.

Baseados nas reivindicações do Movimento Sanitarista, os secretários municipais de saúde realizaram, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, instituindo um novo sistema de saúde, o SUS, o qual foi consagrado pela Constituição de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por um conjunto de serviços de saúde sob administração pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo federal, municipal e estadual. Contudo, os serviços de saúde que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade; e obedecem ainda aos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988).

A saúde pública é uma necessidade primordial da maioria da população. Como consta na Constituição Federativa do Brasil 1988, é direito do cidadão usufruir de uma boa saúde e dever do estado em proporcionar tal serviço, visto que o mesmo a financia a partir do pagamento de tributos. Segundo Rosen (1994 *apud* LOPES, 2014):

No Brasil não existia saúde pública nos tempos em o país esteve como Colônia. As pessoas viviam exploradas, e sequer pensavam nisso. A única forma de assistência à saúde era o acesso às ervas medicinais, benzedeiros e cantos, a medicina dos jesuítas e os boticários, que viajavam pela Colônia (ROSEN, 1994 *apud* LOPES, 2014, p. 17).

Em meados de 1789, foi criada a Santa Casa de Misericórdia. Segundo Santos Filho (1980, p.38) “O Estado do Rio de Janeiro contava com apenas quatro médicos nessa época. Teve a participação do médico Guilherme Piso (1611-1678),

em uma expedição nos anos 1637-1644 para o Brasil, com patrocínio do conde Maurício de Nassau”.

Indriunas (2008) afirma que, em 1808, com a chegada da família real ao Brasil, as necessidades da corte foram aumentando e forçaram a criação das primeiras escolas de medicina do país. Neste período foi criado o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. E foram essas as únicas medidas governamentais até a República, 1889. Naquela época não tinha nenhum saneamento básico no Rio de Janeiro e, assim, várias doenças de alta gravidade como varíola, malária e febre amarela se espalhavam facilmente. Por causa disso o presidente Rodrigo Alves, teve de executar a primeira medida sanitária no Brasil, nomeou o médico Oswaldo Cruz para tentar amenizar o problema. O sanitário convocou 1500 pessoas que invadiam as casas queimando colchões e roupas para conter a contaminação, sem uma ação educativa para que a população entendesse a gravidade do problema. Com isso houve a indignação do mais simples ao mais intelectualizado, e o auge do conflito foi à instituição da vacinação anti-varíola, quando a população foi às ruas e iniciou a Revolta da Vacina.

Em relação à vacina, Corrêa (1998) publica na Revista Veja, palavras ditas por Rui Barbosa tais como:

Não tem nome, na categoria dos crimes do poder, a temeridade, a violência, a tirania a que ele se aventura, expondo-se, voluntariamente, obstinadamente, a me envenenar, com a introdução no meu sangue de um vírus sobre cuja influência existem os mais bem fundados receios de que seja condutor da moléstia ou da morte (CORRÊA, 1998, p. 16).

Segundo Corrêa (1998) Rui Barbosa foi o maior defensor da população em relação a não aceitar a vacina pelas medidas sanitárias. Apesar dos conflitos, ele conseguiu resolver parte dos problemas e ajudar o seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha de ação e educação sanitária.

Depois desse período de 1904, não tiveram muitos feitos à saúde, somente após a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a massa operária brasileira, começou a vir à tona a questão da saúde que eram discutidas através de greves e manifestações para assegurar uma assistência médica para a classe pobre. Foi quando surgiu a Lei Elói Chaves, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão, com validade apenas para funcionários urbanos. Instituições mantidas por essas

empresas ofereciam serviços aos funcionários. Elas tinham dentre suas atribuições assistência médica para o funcionário e os membros de sua família, além de descontos em medicamentos, aposentadorias e pensões (RONCALLI; SOUZA, 1998).

Segundo Indriunas (2008) essas Caixas logo foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que foi criado junto com o Ministério da Educação e Saúde no governo de Getúlio Vargas em 1930, após a Revolução havida neste mesmo ano. O IAPs era dirigido por entidades sindicais e não por empresas, por causa do modelo sindicalista de Vargas. Quanto ao Ministério, medidas sanitárias foram tomadas, como criação de órgãos de combate a endemias e normas para ações sanitárias. A educação foi priorizada e a saúde novamente ficara de lado, com investimentos considerados irrisórios. O autor destaca que:

Dos anos 40 a 1964, início da ditadura militar no Brasil, uma das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente. É de 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificava os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. É a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, definia-se efetivamente uma contribuição do Erário Público. Mas tais medidas foram ficando no papel (INDRIUNAS, 2008, p. 03).

Essas propostas foram efetivadas pelas mãos dos militares em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A demanda foi aumentando e a oferta não suportava essa procura, o governo teve que pagar a rede privada pela prestação de serviços à população. Em 1972 surge a Associação Paulista de Saúde Pública logo depois em 1974 os militares criaram o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que amplia a rede privada de hospitais, por meio de subsídios. De acordo com Indriunas (2008), essa política proporcionou um crescimento na rede privada da ordem de 500%. Essas medidas eram tomadas visando a medicina curativa, e, portanto, poucas medidas em relação ao saneamento foram tomadas. A mais importante foi a criação da Superintendência das Campanhas da Saúde Pública (SUCAM). Com o fim do governo militar, surgiram outros órgãos que incluíam a sociedade civil. É nesse período que se cria o subsistema de atenção médica-suplementar. Surgem cinco modalidades de

assistência médica: a medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguro-saúde e plano de administração (INDRIUNAS, 2008).

Em 1978 cria-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que ajudou nesses repasses para o setor privado (INDRIUNAS, 2008).

Em 1988 foi instituído pela Constituição Federal e pelo governo federal o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual em seu artigo 196 busca efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) e está regulado pela Lei nº 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde (BRASIL, 1990).

Por outro lado, torna-se importante, destacar as afirmações de Silva (2007), de que no Brasil, a demanda por atendimento à saúde bucal no Serviço Público não é atendida a contento em razão da incapacidade estrutural, tornando insuficiente o atendimento da população adulta, motivo pelo qual dentes que poderiam ser tratados e recuperados são extraídos. Mesmo porque, essa prática é considerada a alternativa mais econômica.

Timeni (2011) ressalta que a Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

4.2 A Atenção Primária à Saúde (APS)

Um dos primeiros documentos que utilizou o conceito de Atenção Primária à Saúde foi o relatório Dawson, elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido. Mais tarde, em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida na cidade de Alma Ata (URSS) é elaborada a Declaração de Alma Ata (LAVRAS, 2011).

Esse documento, em seu art. 16 define como cuidados primários de saúde: Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente

aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação” (LAVRAS, 2011).

Atualmente, a estudiosa da atenção primária à saúde, Bárbara Starfield conceitua a atenção primária à saúde como: primeiro contato da assistência caracterizado, pela continuidade e integralidade da assistência; coordenação da assistência dentro do sistema; atenção com foco na família; orientação comunitária das ações e pela competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 1992 *apud* ABRAHÃO, 2007).

Starfield (1992 *apud* ABRAHÃO, 2007) elaborou uma definição operacional da APS sistematizada, pela qual podemos reconhecer atributos essenciais e atributos derivados relacionados à APS. Esses atributos serão descritos no próximo tópico.

A Atenção Básica como componente desta rede articulada entre si precisa está estruturada e com profissionais capacitados preparados para todo tipo de atendimento inicial. Por isso diferente de um pronto socorro ou uma unidade de pronto atendimento a Unidade Básica de Saúde e os profissionais que atua neste ponto de atenção devem também está preparado para qualquer tipo de atendimento, trabalhar com acolhimento e classificação de risco deste usuário, para garantir um atendimento seguro e evitar danos. Uma vez que neste ponto de atenção está equipe trabalha com um território adscrito, onde tem todo histórico deste usuário através do prontuário, possui vínculo com o mesmo, para garantir um atendimento resolutivo e integral (GAMA, 2007).

A atenção básica tem algumas funções dentro da RAS's que contribui para o seu funcionamento como ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes. Em relação ao cuidado para atendimento a demanda espontânea e das situações de urgência e emergência dentro de uma Unidade Básica de Saúde é a sala de observação em regime ambulatorial dentro da UBS destinada aos pacientes que necessita de observação sobre os cuidados e monitoramento da equipe (GAMA, 2007).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): “a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo,

que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação” (BRASIL, 2006).

Sobre a adoção da Atenção Primária à Saúde Mentis (2002) destaca que:

A Atenção Primária¹ à Saúde vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Essa concepção de Atenção Primária como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como um nível de assistência. O reconhecimento da Atenção Primária reflete-se numa produção científica, no campo internacional, direcionada para discriminar seus princípios e funções essenciais, propor e avaliar estratégias para sua organização e avaliar resultados por ela obtidos (MENTES, 2002, p. 7).

A atenção Básica desenvolvida por práticas de cuidados e gestão, sob forma de trabalhar em equipe, as quais assumem a responsabilidade de cuidar de uma determinada população, considerando a dinamicidade do lugar onde vivem. Para isso, utiliza-se de tecnologias de cuidados complexos e variados que atendem a demandas e as necessidades de saúde, levando em conta, risco e vulnerabilidade de que toda necessidade de saúde devem ser acolhidas. A atenção básica considera o indivíduo em sua inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. De acordo com a Portaria 2488/GM, de 21/10/2011, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

[...] (i) ter um território, de forma a permitir o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações e programas determinantes da saúde da população que constituem aquele território, em consonância com o princípio da equidade²; (ii) Possibilitar o acesso a serviços de assistência a saúde de qualidade, acolhendo os usuários. Partindo do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todos os usuários, de modo universal, sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar, de modo a escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de minimizar ou resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; (iii) Desenvolver relações de vínculos aos usuários, garantindo o cuidado, através de equipes. Esse vínculo corresponde a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional da saúde; (iv) Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhando de forma multiprofissional, e em equipe. A presença de diferentes profissionais, essencial para que os núcleos de profissionais específicos vão

¹ Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006a).

² Equidade consiste na adaptação da regra existente à situação concreta, observando-se os critérios de justiça e igualdade.

enriquecendo o campo de competência, ampliando a capacidade de cuidado da equipe; e (v) Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e cuidado à sua saúde e da coletividade (BRASIL, 2011, p. 21).

Com a criação e a implementação do SUS, a demanda por serviços de saúde vem aumentando cada vez mais desde a atenção básica até a alta complexidade. Dentre os motivos do crescimento da demanda de saúde está o crescimento da população e das suas necessidades. O país possui uma desigualdade econômica e social muito grande e a dificuldade da população em destinar um percentual de sua renda para a saúde fica evidenciada (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Desde a sua criação, o SUS assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito a consulta, exames, internações e tratamento nas Unidades de Saúde, ou seja, todo cidadão brasileiro tem direito a saúde integral desde as ações primárias, secundárias e terciárias³ e de alta complexidade⁴. Para incorporar e reafirmar os princípios básicos do SUS foi criado o Programa Saúde da Família.

A ESF desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS), que reorganiza o modelo assistencial brasileiro.

Sobre este, Negri (2004) comenta:

Durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. O resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento das doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso (NEGRI, 2004, p. 06).

Franco e Merhy (2000) apontam que o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como “produtor de procedimentos”, visto que os serviços se dão a partir da clínica exercida pelo médico, o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leve-duras.

³ Ações primárias são os cuidados preventivos à saúde, como exame pré-natal, vacinações, exames laboratoriais e de rotina. Atenção secundária são os tratamentos curativos de problemas médicos, como as doenças de tratamento ambulatorial, internações, cirurgias. Atenção terciária são os tratamentos de sequelas como na fisioterapia, reabilitação, fonoaudióloga, próteses e órteses.

⁴ Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

O documento publicado pelo Ministério da Saúde em 1994 revelou que a implantação da ESF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994, p. 3).

O modelo tradicional do SUS deveria, preferencialmente, ser reorganizado de modo que a família e os indivíduos da comunidade sejam os principais beneficiados, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. Segundo Rodrigues (1998), os sistemas locais de saúde poderiam ser desenvolvidos pelo ESF visando à participação da comunidade na criação do setor, renovando as concepções quanto à atenção à saúde.

Segundo Misoczky (1994) o Programa Saúde da família é a “possibilidade de ressuscitar uma proposta de organização da atenção à saúde supostamente superada pela história e pelas formulações da Reforma Sanitária no Brasil”.

Há, ainda que sejam em número reduzido, vários integrantes das Unidades de Saúde da Família (USFs) que se dispuseram a discutir sobre a implantação do ESF. Dentre eles estão secretários municipais de saúde, prefeitos, membros pertencentes ao Ministério da Saúde, pesquisadores e docentes de Universidades renomadas da Saúde Pública (CARVALHO; CUNHA, 2006).

O Programa Saúde da Família foi crescendo e, como consequência, a Atenção Básica no Brasil o adotou como principal estratégia para sua reorganização. Assim, o governo criou a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, a qual explicitava a prioridade do Ministério da Saúde em utilizar a ESF como principal estratégia para reorganização da Atenção Básica. Ele tem como uma das suas características a acessibilidade aos serviços de saúde de qualidade, não fugindo aos princípios básicos do SUS, que consistem na universalização, integralidade e participação da comunidade, dentre outros (CARVALHO; CUNHA, 2006).

A portaria GM Nº 2.488/2011 revogou a portaria GM Nº 648/2006 em 2011 com o objetivo de mudar as regras para organização da Atenção Básica e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SOUZA, 2011).

O Departamento de Atenção Básica (DAB) diz que, “a saúde da família, como estrutura dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS” (SIAB, 2010).

O DAB traz ainda em relação à saúde da família o seguinte:

As equipes da Saúde da família são o elemento-chave para a busca de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (SIAB, 2010).

Sendo assim, cada equipe ficaria responsável por determinada região composta por cerca de quatro mil habitantes, no máximo. As unidades básicas de saúde, a mobilização da sociedade, bem como nas residências serão os alvos principais das equipes. O DAB se refere também à questão do compromisso com a população, assim como os meios para melhorar as condições de vida do indivíduo, como é mostrado a seguir:

Por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma Inter setorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2006, p. 03)

A ESF foi aos poucos se tornando prioritária dentro dos modelos propostos para a atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (SOUZA, 2011).

Atualmente na Saúde Pública do Brasil estamos vivenciando uma reorganização do modelo de atenção à saúde. Dentro destas mudanças observamos que a atenção primária a saúde tem o seu papel importante de coordenação, direcionamento, assistência e resolutividade. Segundo a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, da Política Nacional de Atenções Básicas, dos princípios e

diretrizes gerais, a atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (SOUZA, 2011).

Segundo a portaria nº2488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária a Saúde(APS), prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para esta população (MENDES, 2002, p.47).

De acordo com a portaria nº7. 508, de 28 de Junho de 2011, art. 9º da seção II da Hierarquização, são portas de entradas às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I – de atenção primária; II – de atenção de urgência e emergência; III – de atenção psicossocial; e IV – especiais de acesso aberto (MENDES, 2012, p.47-48).

Para Lavras (2011), a utilização do termo “Atenção Primária a Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. Nas RAS's, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliorquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

Assim, nas RAS's não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a APS e os sistemas de apoio, mas uma conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS's são igualmente importantes para que se cumpram os

objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2002, p. 48).

Para Melo e Silva (2011, p. 17) é de fundamental importância que se conheça a rede de atenção à saúde do município e os pontos que a compõem para facilitar o fluxo e o contrafluxo dos usuários, destacando-se o fluxo para urgência e emergência.

4.3 APS e os pontos de atenção a saúde bucal

A APS do ponto de vista da saúde bucal tem sido uma porta de entrada do usuário ela deve estar estruturada e preparada para qualquer tipo de atendimento, e deve estar articulada também com outros pontos de atenção da rede. Ela tem o seu foco nas condições crônicas e agudas com uma maior efetividade e resolutividade, também deve estar organizado o seu atendimento para a demanda espontânea como para as ações programadas e de cuidado continuado (MENDES, 2002, p.48).

São considerados pontos de atenção à saúde dentro das RAS's os locais onde se presta serviços de saúde à população, sejam de baixa densidade tecnológica até as altas densidades tecnológicas. No atual modelo proposto de rede temos a APS como o papel de coordenação interligado com os outros pontos de atenção, como papel central de dentro desta rede e de comando e organização, sendo o ponto de atenção principal dentro da RAS (SOUZA, 2011).

A APS trabalha com uma população local e território, onde possui vínculo para atender as condições agudas e crônicas dentro do nível primário de atenção interligada com outros níveis de atenção secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade) dentro de um território de referência. A partir desse conceito pode-se concluir que os pontos de atenção à saúde não são, necessariamente, iguais a estabelecimentos de saúde. Por exemplo, um hospital, pode ser uma unidade de saúde que oferta muitos produtos diferenciados, pode conter vários pontos de atenção à saúde: a unidade de terapia intensiva de neonatologia e a maternidade são pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à mulher e à criança; o centro cirúrgico e as enfermarias de clínica médica são pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às doenças cardiovasculares; a unidade de quimioterapia e radioterapia são pontos de atenção de uma rede de atenção às doenças oncológicas, a unidade de terapia intensiva de

adultos é um ponto de atenção da rede de atenção às urgências e emergências (MENDES, 2011, p.100).

5 PLANO DE AÇÃO

1º Passo: definição dos problemas

De acordo com o levantamento epidemiológico realizado na ESF Vila Esperança no município de Ubai/MG, no período de 2008 a 2012, foi observado questões sobre a saúde pública de uma maneira geral, porém sem incluir questões voltadas para a saúde bucal.

Entretanto, sabendo-se que mesmo questões de saúde pública pode interferir na saúde bucal, passa-se a pontuar alguns desses problemas como sendo:

- Baixa renda;
- Ausência de rede de esgoto;
- Dificuldade de acesso;
- Índice de analfabetismo elevado;

Não obstante, durante o atendimento odontológico da população deste município, no período de fevereiro/2014 a setembro/2014, pôde-se observar também problemas como:

- Alto índice de cárie dentária;
- Tártaro dentário;
- Problemas periodontais e gengivite;
- Grande número de pessoas desdentadas;
- Insatisfação em relação à saúde bucal por parte dos usuários;

2º Passo: priorização dos problemas

Diante destes problemas observados pela equipe odontológica da ESF Vila Esperança no município de Ubai/MG, fica evidenciado o alto número de crianças, jovens e adultos com a saúde dentária comprometida, sendo que a maioria destes - cerca de 80% (oitenta por cento) - são diagnosticados com alguns destes

problemas, tais como: tártaro, gengivite, cárie dental e até pacientes jovens que necessitam de prótese dental.

3º Passo: descrição do problema

De acordo com o alto índice de problemas dentários observados nos usuários da ESF Vila Esperança, os números que chegam a 80% (oitenta por cento) dos pacientes, ficando evidenciada a necessidade de um trabalho em conjunto com a população, equipe de saúde e órgãos dos poderes públicos para que sejam sanados tais problemas que são bastante preocupantes em nosso município.

4º Passo: explicação do problema

Pode-se explicar o alto índice de tártaro, gengivite, periodontite e cárie dental pelas condições socioeconômicas e culturais da população de nosso município. É visível e preocupante a ausência de escovação dental, a má alimentação e a falta de educação higiênica no seio familiar que facilita a proliferação de problemas odontológicos na população.

5º Passo: identificação dos nós críticos

No atendimento pode-se observar numa simples conversa a presença de biofilme dental visível a olho nu, o que já se evidencia a má ou ausência de escovação dental. Alguns relatam que não vão ao dentista por medo, ou por a mãe nunca levar, outros por não haver tempo, e outros por simples descuido. Muitos dizem não terem condições de comprar escova, outros usam a escova coletivamente com os membros do seio familiar.

Sem os cuidados mínimos de higiene bucal, surge também o tártaro dental que é um dos problemas bastante observados no atendimento aos usuários, e sem os cuidados adequados acabam por adquirir a gengivite e/ou a cárie dental que são outros dois “inimigos” na saúde bucal.

Outro problema que também tem preocupado durante o atendimento odontológico na ESF Vila Esperança são os pacientes com idade média entre 15 a 30 anos de idade que necessitam de prótese dentária, pois seus dentes, ou estão

em péssimas condições ou já não os tem, embora haja também usuários com idade superior a 30 anos que também necessitem de prótese dentária, mas é preocupante que jovens já não possuam dentes bons tão cedo.

O município possui uma cobertura de 100% da Atenção Primária. No entanto o acolhimento ainda é uma das maiores reclamações da população, em especial na Unidade Mista de Saúde.

A Estratégia Saúde da Família – ESF já é realidade em nosso município desde o ano de 2001. Desde então vem tentando se adequar para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários.

5.1 Diagnóstico Epidemiológico

Importa-se destacar, que o serviço de epidemiologia é uma ferramenta importante no município em relação à saúde como um todo. Entretanto, no que concerne à saúde bucal, não há registros sobre o assunto.

Existem ainda no município duas localidades rurais (quilombolas e assentamento) que se enquadram em áreas com necessidades especiais.

O município possui um Coordenador de Epidemiologia que dá suporte as equipes de Saúde da Família. As notificações de doenças e agravos são realizadas pela equipe que realiza o primeiro atendimento, em seguida encaminhadas ao coordenador de epidemiologia que entra em contato com a equipe de saúde da família responsável para realizar a investigação.

Em relação às doenças transmissíveis e de notificação compulsória a esquistossomose é a que mais tem acometido a população desde os últimos cinco anos, devido o município estar citado em região endêmica. Por outro lado, a dengue, que é uma das maiores preocupações sanitárias, não se encontra com o índice elevado no município, o que mostra o eficaz trabalho desenvolvido pela Vigilância Ambiental.

O serviço de vigilância sanitária foi implantado no município este ano. Está desenvolvendo algumas ações de educação em saúde, cadastros de estabelecimentos, fiscalização de produtos e do meio ambiente e fiscalização do exercício profissional, entre outros.

5.2 Desenvolvimento do Projeto

5.2.1 Elaboração do Plano Ação

Na elaboração do plano de ação a equipe definiu os responsáveis por cada operação (gerente de operação) bem como os prazos para a execução do mesmo. Segue abaixo o quadro 01 que descreve este processo.

Quadro 01 - Plano Operativo da Equipe da Unidade Básica de Saúde Vila Esperança, em Ubaí, MG - 2014

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p><u>Projeto 1:</u> <u>Dentista do Bem</u></p> <p>Busca implementação de uma melhoria da atenção primária a saúde bucal das crianças na E. M. Márcia Marlia no município de Ubaí – MG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os pais e professores para expor a proposta de trabalho a ser realizado, juntamente com o cronograma das atividades. • Reunião com as crianças para atividades educativas, aconselhamento dietético, instruções de higiene bucal. • Distribuição de escovas, cremes dentais e fordes sobre o tema, exibição de filmes educativos para as crianças. • Início das atividades de escovação supervisionada na escola. • Tratamento clínico restaurador para as crianças que apresentaram necessidade. 	<p>- Promover a educação em saúde, palestras, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, no sentido de propiciar às crianças uma vida mais saudável e de qualidade.</p>	<p>- Parceria com os funcionários da E. M. Márcia Marlia e Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>- Equipe de Saúde: 01 Dentista, 01 TSB, 02 ASB.</p>	<p>- Início em setembro 2014.</p>

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Projeto 2: <u>Assistência odontológica</u></p> <p>Oferece às pessoas da comunidade, o acesso à assistência odontológica primária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem social: realizada por um profissional da Saúde Ortodôntica, visando selecionar por especificidade (grau ou nível) cada problema diagnosticado. • Odontologia preventiva: realizada por Dentista do PSF. Conversas com os pacientes explicando sobre a importância da higiene bucal, palestras educativas sobre nutrição, repasse de técnicas de escovação. • Procedimento semiológico: o exame clínico para avaliação e diagnóstico do paciente, complementado por radiografia específica e/ou panorâmica. • Dentística básica: o tratamento e recuperação do dente, através da resolução dos problemas de maior prevalência. • Prática cirúrgica: é a atenção secundária, isto é, problemas que requerem práticas e cuidados mais elaborados mediante procedimentos cirúrgicos. 	<p>- Ações de controle, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, no sentido de propiciar às pessoas da comunidade melhor qualidade de vida e saúde.</p>	<p>- Não é necessário</p>	<p>- Equipe de Saúde: 01 Dentista, 01 TSB, 02 ASB.</p>	<p>Apresentar o projeto em 03 meses e aplicá-lo durante todo o ano.</p>
<p>Projeto 3: <u>Odontologia Voluntária</u></p> <p>Contribuir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ações no escovódromo: o dentista do PSF orienta quanto a higiene bucal, 	<p>- Parcerias com CRASS e Escolas do Município de Ubaí – MG.</p>	<p>- Apresentar o projeto e buscar apoio da Prefeitura Municipal e da</p>	<p>- Equipe de Saúde: 01 Dentista, 01 TSB, 02 ASB.</p>	<p>Apresentar o projeto em 4 meses, início das atividades em 05 meses</p>

<p>com ações de educação em saúde, mais especificamente em saúde bucal, com ações sobre as causas das doenças e a prevenção, atuando em entidades de assistência social e escolas públicas.</p>	<p>revelação de placa bacteriana, escovação supervisionada e demonstração do uso do fio dental nos alunos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ações eventuais: estas ações foram realizadas por solicitação da comunidade e variam de acordo com o público alvo. Constam de palestras educativas, orientações de higiene bucal, revelação de placa bacteriana, escovação supervisionada e demonstração do uso fio dental, além de atividades recreativas como pintura e desenho. O público foi de crianças e adolescentes (02 a 15 anos). 		<p>Secretaria de Assistência Social.</p>		
<p><u>Projeto 4: Saber Viver</u></p> <p>Aumentar nível de informação e autonomia da população e oferecer uma atenção integral ao indivíduo, promovendo Educação em saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conscientização da população sobre os direitos Sociais e sobre a prevenção de riscos e agravos 	<p>- Capacitação de profissionais para promover a educação em saúde, palestras, grupos operativos, etc</p>	<p>- Não é necessário</p>	<p>-Equipe de Saúde: 01 Dentista, 01 TSB, 02 ASB.</p>	<p>- Início em 3 meses</p>
<p><u>Projeto 5: Qualidade no cuidado</u></p> <p>Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para uma assistência de qualidade aos pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física dos serviços de saúde mais adequada para o atendimento e ações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expor as condições da estrutura física da Unidade para o gestor e o conselho de saúde, propondo um projeto para melhorar a adequação da mesma; • Pactuação de 	<p>- Apresentar o Projeto de estruturação da Unidade</p>	<p>-Equipe de Saúde: 01 Dentista, 01 TSB, 02 ASB.</p>	<p>Apresentar o projeto em 4 meses e início das atividades em 05 meses</p>

		maiores números de exames e consultas especializadas compra de medicamentos e equipamentos			
<p>Projeto 6: Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer</p> <p>Desenvolver ações junto a comunidade, especialmente a menos favorecida, a implantação de um controle ao tabagismo e outros fatores de risco de câncer. O objetivo maior é de reduzir a prevalência de fumantes no município de Ubaí – MG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação nos eventos científicos. • Participação intensa da radio local, que foi importante para a divulgação das ações junto à sociedade. • Palestras educativas sobre o tema com parceria das escolas, CRASS e comunidade. • Realização da oficina de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde de "Combate ao Fumo" com agentes do município de Ubaí – MG. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a prevalência de fumantes no município de Ubaí – MG e conscientização do perigo do uso do cigarro e a divulgação do próprio projeto em eventos científicos e na comunidade local. 	-Apresentação de Dados,divulgaã o e parceria com as autoridades do município para elaboração do projeto.	-Equipe de Saúde: 01 Dentista, 01 TSB, 02 ASB.	Apresentar dados, divulgação e buscar parceria em 4 meses e início das atividades em 05 meses

Fonte: Autoria Própria (2014).

O projeto de intervenção visa uma implementação de um melhoria da atenção primária na saúde bucal, promoção de palestras e orientação com profissionais. Os profissionais que realizarão o trabalho de prevenção e promoção serão: um dentista, uma TSB e duas auxiliares de saúde bucal (ASB). Esses profissionais foram importantes para o desenvolvimento do projeto que foi escolhido pela Escola Municipal Márcia Marília e seguiu os seguintes passos:

- Reunião com os pais e professores para expor a proposta de trabalho a ser realizado, juntamente com o cronograma das atividades;
- Reunião com as crianças para atividades educativas, aconselhamento dietético, instruções de higiene oral;
- Distribuição de escovas, cremes dentais e folders sobre o tema, exibição de filmes educativos para as crianças;

- Início das atividades de escovação supervisionada na escola;
- Tratamento clínico restaurador para as crianças que apresentou necessidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados e no plano de ação pôde-se evidenciar no município de Ubaí/MG, uma prevalência de famílias de baixa renda; ausência de rede de esgoto em parte importante da localidade; dificuldades de acesso à assistência à saúde; além de um índice de analfabetismo elevado, o que são fatores que interferem no atendimento à saúde bucal.

Observou-se ainda, durante o atendimento odontológico ao usuário da ESF Vila Esperança na localidade estudada: alto índice de cárie dentária; tártaro dentário; problemas periodontais e gengivite; grande número de pessoas desdentadas e; insatisfação em relação à saúde bucal por parte dos usuários.

Sob o ponto de vista epidemiológico, identificou-se um alto índice de crianças, jovens e adultos com a saúde dentária comprometida. 80% dos usuários atendidos apresentaram problemas como: tártaro, gengivite, cárie dental e até pacientes jovens que necessitam de prótese dental.

Por outro lado, evidenciou-se também que tais problemas podem ser explicados, associando-os às condições socioeconômicas e culturais da população do município, em virtude de ausência de escovação dental, má alimentação e a falta de educação higiênica familiar que facilita a proliferação de problemas odontológicos na população. Em muitos casos observou-se a presença de biofilme dental visível a olho nu.

Assim, a proposta de ação, permitiu considerar que a intervenção pretendida, consiste em reorganizar o atendimento odontológico, rompendo o modelo hegemônico de atendimento individualizado, envolvendo toda a equipe de saúde da família na busca de um atendimento mais humanizado e integral e inserindo a saúde bucal na estratégia saúde da família.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Assembléia Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**: de 05 de outubro de 1988. Brasília. D.O.U., 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: D.O.U., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2488/GM, de 21/10/2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: D.O.U., 2011.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A. Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se Pensar a Mudança da Organização na Saúde. In: G. W. S. Campos et al., **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CORRÊA, M.S. A revolta do transplante. **Rev Veja**. p. 16, 14/Jan.1998.

FARIA, H. *et al.* Processo de Trabalho em Saúde - Módulo 1 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância/UFMG. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> Acesso em: 13.Jan.2015.

GAMA, C. **Questionário Diagnóstico da Atenção Básica**. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (ênfase na Atenção Básica), Mimeo. p.18, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Ubaí – MG. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 10/06/2014 e 25/07/2014.

INDRIUNAS, L. **História da saúde pública no Brasil**. (s/d). Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>> Acesso em: 20.Jan.2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n.4, pp. 867-874, 2011.

LOPES, E. C. **Alocação de Recursos Financeiros Públicos na Atenção Básica da Saúde no Município de Montes Claros/MG: 2005 a 2012.** [Dissertação de TCC em Ciências Econômicas. Montes Claros: UNIMONTES, 2014.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgências e Emergências na Atenção Primária à saúde.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2011.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, n. 42, pp. 40-44, 1994.

NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida.** 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>> Acesso em: 16.Jan.2015.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997).** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: USP, 1998.

RONCALLI, A. G. O.; SOUZA, E. C. F. **A saúde bucal no Brasil: trajetórias de uma política assistencial.** 1998. Disponível em: <http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/sau_bra.pdf>. Acesso em: 15 Jan.2015.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública.** 2. Ed. São Paulo: UNESP, 1994. *Apud* LOPES, E. C. **Alocação de Recursos Financeiros Públicos na Atenção Básica da Saúde no Município de Montes Claros/MG: 2005 a 2012.** [Dissertação de TCC em Ciências Econômicas. Montes Claros: UNIMONTES, 2014.

SANTOS FILHO, L. **Pequena história da medicina brasileira.** São Paulo: Parma, 1980.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica Saneamento. **Saúde Bucal e Atendimento Odontológico: Como Prevenir Doenças.** 2010. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/siab>. Acesso em 20.Jul.2014.

SILVA, Maria Elisa de Souza e. **Restabelecimento estético e funcional em Pacientes desdentados: percepção e impacto entre usuários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.**[Tese de Doutorado em Odontologia]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ZMRO-8JKMWG/tese_doutorado_maria_elisa_de_souza_e_silva.pdf?sequence=1> Acesso em: 13.Jan.2015.

SOUZA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar./abr. 2011.

STARFIELD, B. *Primary care: concept, evaluation, and policy.* New York: Osford University Press, 1992. *Apud* ABRAHÃO, A.L. Atenção Primária e o processo de

trabalho em Saúde. **Rev. Informe-se em Promoção da Saúde**. v. 3, n. 1, pp. 01-03, 2007.

STOTZ, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**. v.17, n.1, pp. 25-33, 2003.

TIMENI, Samar Hamad. **Políticas de Saúde Pública no Brasil: Uma Evolução Histórica**. 2011. Disponível em: <[http://www.administradores.com.br/artigos/economia e financas/](http://www.administradores.com.br/artigos/economia_e_financas/)>. Acesso em: 15.Jan.2015.

ANEXOS

Fotos da Unidade de Nova Esperança: UBAÍ - MG

