

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATÁLIA NOVELLO PALADINO DO NASCIMENTO

PLANO DE AÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DO PRATA – MG

UBERABA - MINAS GERAIS
2014

NATÁLIA NOVELLO PALADINO DO NASCIMENTO

PLANO DE AÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DO PRATA – MG

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

Orientador: Márcia Helena Destro Nomelini

UBERABA - MINAS GERAIS
2014

NATÁLIA NOVELLO PALADINO DO NASCIMENTO

PLANO DE AÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DO PRATA – MG

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

Orientadora: Márcia Helena Destro Nomelini.

Banca Examinadora:

Prof. Marcia Helena Destro Nomelini- Orientadora

Prof. Dra. Estela Aparecida Oliveira Vieira-Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte 28/01/2014

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.”*

Charles Chaplin

Ao meu amado esposo, Tiago Paladino, pelo amor, paciência, compreensão, zelo e companheirismo a mim dedicados. Por sonhar comigo e não medir esforços para duplicar minhas alegrias e dividir minhas tristezas. Por ser meu amigo mais fiel e caminhar ao meu lado em todos os momentos. Quero compartilhar com você mais essa vitória, afinal “a felicidade só é real quando é compartilhada”.

AGRADECIMENTOS

Ao **meu Deus...**

Por mais um sonho realizado. Obrigada por iluminar minhas decisões, ser meu amigo fiel e fazer com que tudo coopere para o meu bem.

Aos **meus pais**, Antonio e Ivete...

Pelo constante apoio e dedicação. Pelo amor incondicional. Por me incentivarem a ir sempre além e me ensinado a lutar, a superar e a vencer todos os meus obstáculos. Amo vocês! Vocês são os grandes responsáveis pelo meu sucesso.

Aos **meus irmãos**, Lucas, Lorena e João Vitor...

Por serem minhas alegrias, meus melhores amigos! Pelo amor transmitido em todos os momentos da minha vida. Por serem meus cúmplices e torcerem sempre pelo meu crescimento. Amo vocês mais que tudo, minhas pérolas!

À **minha amiga**, Giselle Sousa...

Por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida! Por partilhar comigo de alegrias e tristezas e ser minha companheira sempre! Minha amiga-irmã, esta foi mais uma etapa que compartilhamos e vencemos juntas.

À **gestora de Saúde Municipal do Prata - MG**, Noilma Macedo, pelo total apoio e dedicação durante essa jornada. Seus conselhos, conhecimento, zelo e profissionalismo foram fundamentais para realização desse trabalho! Muito obrigada pela oportunidade!

À **Superintendente Regional de Saúde de Uberlândia**, Vânia Bessa, mentora desse projeto. Muito obrigada pela confiança na entrega deste projeto e por estar sempre disposta a ajudar. Seu apoio e incentivo foram muito importantes para concretização deste trabalho!

À **UBS Cruzeiro do Sul**, por estarem sempre dispostos e se empenharem na execução deste projeto!

À **minha orientadora**, Márcia Helena Destro Nomelini...

Obrigada por me conduzir na execução deste trabalho e por toda contribuição nessa etapa da minha formação profissional.

A **todos os mestres** que estiveram comigo durante essa caminhada...

Meu profundo reconhecimento pelo empenho, não apenas em exercerem sua vocação e me transmitirem as informações e conhecimento indispensáveis a mais uma etapa da minha formação profissional, mas também e, principalmente, pela dedicação em me estimularem, incitando minhas opiniões, reflexões e desenvolvimento. Por compartilharem de seus conhecimentos, me ensinando a valorizar detalhes. Obrigada pela dedicação!

RESUMO

A inclusão da Odontologia na Estratégia Saúde da Família trouxe à população a garantia de acesso aos princípios do Sistema Único de Saúde também na Saúde Bucal, ampliando o processo saúde/doença para todos os setores que causam impacto na melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, a atuação da equipe de Saúde Bucal deve ir além do trabalho técnico, pois as ações de vigilância à saúde devem ser contínuas no acompanhamento das famílias sob risco social, de forma a se estabelecer um cuidado social, que envolva criação de vínculo, priorização de atenção, estímulo ao autocuidado, detecção de barreiras e busca de soluções para a manutenção da saúde bucal. É importante que, nesse sentido, a Equipe de Saúde da Família prepare seus profissionais para atuarem como multiplicadores. Tendo em vista a importância da priorização da atenção para as famílias com maior risco em Saúde Bucal e com o objetivo de reorganizar e oferecer subsídios para o planejamento da atenção em Saúde Bucal no município de Prata – MG será desenvolvido um projeto, na Unidade Básica de Saúde do bairro Cruzeiro do Sul. Este projeto será baseado em levantamento epidemiológico situacional, por meio de busca ativa e aplicação do Inquérito de Sinais e Sintomas em Saúde Bucal, para que as ações sejam efetivadas de acordo com as prioridades identificadas no diagnóstico em Saúde Bucal, de acordo com a classificação por grau de risco da família pelo método do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Risco em Saúde Bucal, Epidemiologia.

ABSTRACT

Inclusion of Dentistry in the Family Health Strategy has brought the possibility of guaranteed access to the principles of the Health System also in Oral Health, expanding the health/disease process for all sectors that make impact on improvement of quality of life. The performance of the Oral Health team should go beyond the technical dental work, because the actions of health surveillance should be continuous, monitoring families at social risk in order to establish a social care, which involves creating a bond, prioritization of care, encouragement of self-care, detection of obstacles and finding solutions to maintaining oral health. It is important of tOH prepare the professionals to act as multipliers. Given the importance of prioritizing careful to families with higher risk in oral health and in order to reorganize and provide information for planning of dental care in the city of Prata, MG, developed a project in Primary Care of the Cruzeiro do Sul neighborhood Health. This project was based on an epidemiological survey, for the actions take effect in accordance with the priorities identified in the diagnosis, according to the classification of family risk degree by the Director Plan of Primary Health Care.

Keywords: Oral Health, Risk in Oral Health, Epidemiology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4. METODOLOGIA	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO	17
5.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO	17
5.2 REVISÃO DE LITERATURA	20
6 PLANO DE AÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

APRESENTAÇÃO

Como cirurgiã-dentista, graduada em janeiro de 2011 pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, trabalhei na Saúde da família, como trabalhador-bolsista, pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), desde junho de 2012, atuando principalmente na equipe Saúde da Família Cruzeiro do Sul, município do Prata/MG, quando ingressei no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

Realizei o CEABSF com interesse em aperfeiçoar conhecimentos e habilidades para a gestão dos casos em saúde e com o objetivo de conhecer melhor o funcionamento da Atenção Básica em Saúde. A motivação para trabalhar na saúde da família vem do desafio diário que vai além do atendimento clínico individual. Busco entender o indivíduo dentro da família e da comunidade em que ele vive, suas relações neste meio e a influência destes diversos fatores no processo saúde-doença.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, a fim de reorganizar o modelo de atenção à saúde à população brasileira. O seu objetivo era remover o foco das doenças, dando ênfase na melhora da qualidade de vida dos indivíduos, por meio de ações voltadas principalmente ao cuidado e promoção da saúde. Em 2000, viu-se a necessidade de incluir a odontologia na Equipe de Saúde da Família (eSF) para mudar os serviços odontológicos prestados (BRASIL, 2002; PEREIRA *et al*, 2013).

A inclusão da Odontologia na Estratégia Saúde da Família trouxe à população a garantia de acesso aos princípios do SUS também na Saúde Bucal, pois a integralidade visualiza o indivíduo como um todo e não por partes, o que auxilia na oferta de um serviço em todos os níveis e garante também a intersetorialidade, realizando ações destinadas à promoção de saúde, identificação, prevenção e o tratamento em si das doenças bucais, levando a uma melhor conscientização dos usuários (BOARETO, 2011; REIS, 2012). Para isso, o cirurgião-dentista (CD) deve ser capacitado e realizar avaliações periódicas do seu trabalho. (BRASIL, 2002).

A atuação da equipe de Saúde Bucal (eSB) não deve se limitar ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, a eSB deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento e propiciar ao usuário do sistema de saúde um cuidado integral de sua saúde, atuando também como multiplicadora (BRASIL, 2002).

As ações de vigilância à saúde devem ser contínuas no acompanhamento das famílias sob risco social, que devem ter um acompanhamento contínuo pela eSB de forma a se estabelecer um cuidado social, que envolve criação de vínculo, priorização de atenção, estímulo ao autocuidado, detecção de barreiras e busca de soluções para a manutenção da saúde bucal. As ações de vigilância em relação aos fatores e sinais/sintomas de risco em saúde bucal colocam-se como fundamentais no processo de estratificação da população em subpopulações de risco e/ou com doença/agravo bucal estabelecido, rompendo com a atenção baseada na oferta e instituindo a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

A importância da vigilância à saúde bucal deve ser uma prática contínua de detecção de danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde, articulada a um esquema operacional que possibilite fazer os encaminhamentos necessários. Tendo em vista a importância da priorização da atenção para as famílias com maior risco em Saúde Bucal e

com o objetivo de reorganizar e ofertar subsídios para o planejamento da atenção em Saúde Bucal no município de Prata – MG será desenvolvido um projeto, na Unidade Básica de Saúde do bairro Cruzeiro do Sul. Este projeto será baseado em um levantamento epidemiológico situacional, por meio da aplicação do Inquérito de Sinais e Sintomas em Saúde Bucal, para que as ações sejam efetivadas de acordo com as prioridades identificadas no diagnóstico em Saúde Bucal, por meio da busca ativa dessa população dentro da área de abrangência da equipe de saúde, de acordo com a classificação por grau de risco da família pelo método do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PEREIRA *et al*, 2003; NORO *et al*, 2008; BRASIL, 2010; PEREIRA *et al*, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Os levantamentos servem como importante instrumento para definição, implementação e avaliação das ações coletivas e individuais, preventivas e assistenciais. Não deve ser um fim em si mesmo, mas uma forma de conhecer a realidade epidemiológica de determinada população, devendo ser realizada periodicamente (ANTUNES *et al*, 2006).

É fundamental que os dados epidemiológicos sejam usados para subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal da população, para que a intervenção possa resultar em um impacto necessário para controlar as doenças bucais, promover a saúde e melhorar a qualidade de vida, analisando a área de abrangência, mediante uma comparação entre a situação local e as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros estudos nacionais (CHAVES *et al*, 2007).

A realização de um levantamento de dados em relação à saúde bucal no Prata - MG é importante, pois oferecerá subsídios para o planejamento e a reorganização da atenção em Saúde Bucal no município, para que as ações sejam efetivadas de acordo com as prioridades identificadas no diagnóstico em Saúde Bucal.

3 OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

Elaborar um Plano de Ação para propor ações para o planejamento da Atenção em Saúde Bucal no município de Prata – MG.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho se desenvolverá por meio de uma revisão bibliográfica e posterior elaboração de um Plano de Ação com o objetivo de propor ações para o planejamento da Atenção em Saúde Bucal no município de Prata – MG.

Utilizará como referência básica o Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

Será realizada uma busca sistematizada na literatura utilizando publicações indexadas na base da *Scientific Electronic Library OnLine* (SciELO), Pubmed/Medline e periódicos disponíveis no portal CAPES- Periódicos CAPES. Circunscrevemos a busca a partir do ano de 2003.

Utilizaremos ainda dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Prata-MG.

Para o desenvolvimento do Plano será realizado um diagnóstico situacional no território de abrangência e os dados coletados serão à base do desenvolvimento do plano de ação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

O município do Prata localiza-se na zona central do Triângulo Mineiro, com uma área de cerca de 4.856 Km quadrados. Faz parte da microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro, que engloba um conjunto de municípios com uma pequena concentração de habitantes. Situa-se a 630 km da capital do estado Belo Horizonte e a cerca de 500 km da capital federal (SMS - PRATA, 2010).

O município conta com 21 estabelecimentos de saúde, sendo 12 deles públicos e nove privados. Os estabelecimentos públicos estão divididos em oito Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, uma Clínica Especializada, uma Policlínica e um Posto de Saúde e um Pronto Atendimento. O único Hospital existente é privado e disponibiliza 25 dos 33 leitos disponíveis ao SUS, sendo cinco de oito cirúrgicos, 10 de 12 clínicos, sete de nove obstétricos e três de quatro para outras especialidades. Portanto, 1, 2 leitos existentes por 1.000 habitantes e 0,9 leitos SUS por 1.000 habitantes (CNES- DATASUS/MS, 2010).

Há cinco equipes de Saúde da Família. Cada eSF é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal – ASB, seis a sete agentes comunitários de saúde - ACS e mais dois funcionários para limpeza, conservação e serviço administrativo da unidade, além de equipe multiprofissional de apoio composta por Pediatra, Psicólogo e Fisioterapeuta. Essas equipes atendem cerca de 5.500 famílias e aproximadamente 17.000 pessoas, aproximadamente 66% da população da área urbana. Todas as unidades de ESF estão localizadas em região de fácil acesso e locadas em prédios próprios e construídos especificamente para atender às equipes de Saúde da Família. Apenas uma delas está instalada em prédio adaptado/alugado (UBS Cruzeiro do Sul). Utilizam prontuário individual em envelopes por família, arquivados manualmente por microárea. Trabalham com estratificação de risco familiar e individual e utilizam cartões de criança e gestante, os quais são preenchidos a cada consulta na Unidade de Saúde. Está em fase de implantação o cartão do idoso. Os dados são enviados para o nível central da SMS para serem digitados e embora estejam 100% atualizados, devido a problemas no sistema de informação, podem apresentar discrepância. Contam ainda com apoio logístico para viabilizar a integração com a atenção especializada. O agendamento das consultas especializadas ocorre por meio de cotas pré-estabelecidas por unidade que o faz por critério de classificação de risco. Não há demanda

Gestante risco habitual	09	02	04	02	03	02	02	02	26
Tuberculose	02	00	00	00	00	00	00	00	02
Hanseníase (Doentes e acomp. Pós alta)	01	00	01	00	01	00	00	01	04
Adultos com risco cardiovascular	07	7	09	06	02	08	00	02	41
Adultos com risco para saúde mental	23	10	09	12	13	18	00	03	88
Pacientes com C.A.	01	02	03	02	03	00	01	01	13
Pacientes cadeirante	00	00	00	02	03	01	00	00	06
Pacientes usuários de prótese (não inclui prótese bucal)	00	02	00	00	01	00	00	00	03
Pacientes com feridas crônicas	00	01	01	00	01	02	00	00	05
Pacientes com necessidade de visita domiciliar	04	02	07	07	05	05	02	06	38

Fonte: Núcleo de Gestão

População cadastrada ESF Cruzeiro do Sul por faixa etária:

Faixa etária	População total	Homens	Mulheres
< 1 ano	54	33	21
1 a 4 anos	192	109	83
5 a 9 anos	294	149	145
10 a 14 anos	282	134	148
15 a 59 anos	2.046	1.179	867
60 a 79 anos	460	174	286
> 80 anos	55	31	24
População recém cadastrada	84		
Total	3.467	1.809	1.574

Fonte: Núcleo de Gestão

Classificação por Grau de Risco:

Sem risco	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
623	220	184	17

Fonte: Núcleo de Gestão

5.2 REVISÃO DE LITERATURA

Oliveira (1998) relatou ser o levantamento epidemiológico necessário para o conhecimento da prevalência das doenças bucais como para estimar a necessidade de tratamento. Na Saúde Bucal, a partir dos dados coletados podem-se planejar, executar, avaliar ações de saúde e permitir comparações de prevalências em diferentes períodos e áreas geográficas.

Brasil (2004) evidenciou com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que a concepção de saúde não deve estar centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Andrade *et al* (2006) avaliaram a inserção da odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) do município de Pompéu, Minas Gerais, pelo olhar do usuário. Para tanto, foi entrevistado um grupo de 120 usuários do PSF do bairro Volta do Brejo (estimativa de proporção, grau de confiança de 90%). Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário. As principais queixas dos usuários foram relacionadas à presteza no atendimento e à resolutividade do serviço. Como fatores positivos, elucidaram a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) e a proximidade da unidade de saúde das suas residências. Concluiu-se, desse estudo que os problemas de saúde bucal ficam sem solução como os observados na saúde: desigualdades no acesso, ausência de integralidade, insuficiência de pessoal, insuficiência de recursos financeiros.

Noro *et al* (2008) analisaram a utilização de serviços odontológicos pela população infantil no Município de Sobral, Ceará, Brasil, relacionando-a com fatores sócio-econômicos e consumo de serviços. Foi realizado estudo transversal analítico no qual foram entrevistados 3.425 responsáveis pelas crianças para avaliar a relação entre as variáveis independentes e a utilização de serviços odontológicos. Observou-se que 50,9% das crianças tiveram acesso a serviço dentário pelo menos uma vez na vida. Desse total, 65,3% o realizaram no decorrer do último ano pesquisado, sendo que 85,4% na rede pública. Pode-se observar a importância do Sistema Único de Saúde na resposta ao acesso aos serviços odontológicos, considerando ser a grande maioria dos atendimentos realizada neste segmento. Notou-se, ainda, que os fatores que mais afetaram a utilização do serviço odontológico foram os vinculados à condição sócio-

econômica, destacando-se o fato de ter plano de saúde, posse de escova dentária, coleta de lixo, escolaridade da mãe, tratamento do esgoto e desnutrição.

PEREIRA *et al* (2010) verificaram que a incorporação da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família gerou uma maior utilização dos serviços odontológicos no Município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Tomou-se como referência 22 setores censitários, 11 inseridos em áreas cobertas pela saúde bucal no PSF há pelo menos um ano, emparelhados com base em critérios sócio-econômicos, com 11 setores de áreas não-cobertas. A amostra final constou de 4.604 indivíduos. Foram comparadas áreas cobertas pela saúde bucal no PSF (modelo 1) com áreas cobertas por unidades de PSF, porém sem saúde bucal (modelo 2) e com áreas cobertas por unidades básicas de saúde tradicionais ou sem nenhuma cobertura (modelo 3). Os resultados mostraram que, nas áreas cobertas pelo modelo 1, 32% referiram assistência odontológica, sendo este resultado igual a 45,4% para o modelo 2 e 17,5% para o modelo 3 ($p < 0,001$). Analisando-se as faixas etárias, o modelo 1 supera o modelo 2 apenas na faixa de até 12 anos. Conclui-se, portanto, que a saúde bucal no PSF apresenta impacto positivo sobre o indicador avaliado somente quando comparada com áreas sem cobertura (modelo 3).

SES-MG (2010) relata que o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é o projeto estruturante do governo do estado de Minas Gerais, Saúde em Casa. Tem a finalidade de reorganizar o sistema municipal de saúde em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde objetivando a consolidação do sistema integrado de serviços de saúde. Dessa forma, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde e construção de redes integradas de atenção. Para tanto, segue a normalização dos Manuais da Atenção Primária à Saúde, Prontuário de Saúde da Família, Linhas-Guias de Atenção à Saúde. Tem a função, também, de implantar os demais instrumentos de gestão da clínica: Diagnóstico Local, Programação Local e Municipal, Protocolo de Classificação de Risco, Contrato de Gestão e Sistema de Monitoramento.

Candido *et al* (2011) relatou que a Estratégia de Saúde da Família objetiva conhecer as famílias adstritas para atuar preventivamente, intervindo nos fatores de risco clínicos e sociais. Para tal, torna-se fundamental a classificação por grau de risco, sendo importante a identificação precoce, o encaminhamento adequado, a multiplicação de ações preventivas e eficazes para que o cuidado seja pautado nos princípios que regem a Atenção Primária à Saúde.

Reis (2012) estudou, de acordo com a avaliação dos cirurgiões-dentistas, a longitudinalidade e a integralidade, objetivando avaliar se a implantação de profissionais de saúde da família proporciona um melhor acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo,

bem como a integralidade desse acompanhamento, levando a um melhor funcionamento do sistema de saúde e, conseqüentemente, a uma melhor qualidade do cuidado. Metodologia: aplicação do questionário PCATool-Saúde Bucal para profissionais, e de um questionário sobre aspectos socioeconômicos, a 29 cirurgiões-dentistas do estado do Rio Grande do Sul que estão matriculados no curso de especialização de Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. A avaliação dos atributos longitudinalidade e integralidade foi feita através de blocos de perguntas que correspondem a esses. Realizou-se a análise das frequências relativas e absolutas das variáveis qualitativas, a descrição das variáveis quantitativas na forma de média e respectivos desvios-padrão e Teste t de Student e Correlação de Pearson para avaliar se havia associação entre tempo de formação e a orientação para APS. Para obter o escore da qualidade da APS foi calculada a média dos valores itens que compõem cada dimensão correspondente aos atributos longitudinalidade e integralidade do PCATool e a orientação para APS foi categorizada de acordo com o ponto de corte 6,6 (menor equivalente a serviço não orientado e igual ou maior a serviço orientado para APS). Resultados: 22 (75,9%) são do sexo feminino e 7 (24,1%) do sexo masculino, 26 (89,7%) trabalham na ESF e 3 (10,3%) em Unidades Básicas de Saúde sendo 11 (37,9%) com vínculo empregatício de servidor e 16 (55,2%) regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho e 2 (6,9%) cooperados. A média do escore geral para o atributo longitudinalidade foi de 7,69 (desvio de 1,18), para a integralidade dos serviços disponíveis foi de 9,44 (desvio de 0,65) e para a integralidade dos serviços prestados foi de 9,62 (desvio de 0,55), demonstrando que os profissionais entrevistados estão orientados para a APS. Para o ano de formado, que varia de 1981 a 2010, não foi encontrada correlação entre o ano de formatura e a orientação para APS nos atributos longitudinalidade (-350, p 0,063) e integralidade (-302, p 0,112). Concluiu-se, que os profissionais entrevistados para este estudo apresentaram excelente orientação para APS. Acredita-se que isso decorra do fato de estarem cursando uma especialização em Saúde da Família, o que indica um perfil interessado na APS.

Savassi (2012) estudou a Escala de Risco Familiar e disse ser um instrumento de estratificação de risco familiar. Esta escala pode ser aplicada, segundo o estudo, às famílias adscritas a uma Equipe de Saúde da Família, para determinar seu risco social e de saúde, visando o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Tem como objetivo estabelecer uma maneira simples, fácil e clara de priorizar as visitas domiciliares, de acordo com o grau de risco familiar e em microáreas de maior necessidade, sem deixar de realizar a cobertura de todas as famílias. O instrumento também se apresenta como uma ótima alternativa para o

entendimento da dinâmica e do planejamento das ações da ESF no campo do ensino, no planejamento de ações e na compreensão da interrelação entre situação de saúde, de saúde da família, vulnerabilidade e análise de riscos.

Vasconcelos *et al*, (2012) afirmara que para uma prática clínica responsável e correspondente às expectativas da população adscrita, cabe a Equipe de Saúde Bucal a devida apropriação das principais características de ordem social, econômica e biológica que cercam o modo como as pessoas vivem no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Para tanto, é de extrema importância a identificação das áreas em que os fatores de risco que determinam e/ou condicionam o processo saúde-doença possam se relacionar também à etiologia das principais doenças bucais.

6 PLANO DE AÇÃO

Conforme Campos *et al*, (2010) todo método de planejamento apresenta etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final do problema diagnosticado.

Por meio do Diagnóstico Situacional, do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF (definição do problema, priorização do problema, descrição do problema priorizado, explicação do problema, seleção de nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano de ação, elaboração do plano operativo, gestão do plano) será possível identificar problemas da área de abrangência da UBS Cruzeiro do Sul, o que permitirá conhecer melhor o ambiente de trabalho e repassar estratégias de melhoria para a unidade e para a priorização do atendimento.

A Unidade Cruzeiro do Sul está subdividida em oito microáreas, apresentando no total trinta e duas famílias classificadas pelo método do Plano Diretor da Atenção Primária como de “alto risco”. As principais doenças encontradas nessas famílias são hipertensão arterial, diabetes e saúde mental. Será solicitado, aos agentes comunitárias de saúde (ACS's) que utilizem durante as visitas domiciliares, juntamente com um cirurgião dentista, um inquérito de sinais e sintomas de risco em saúde bucal disponibilizado no Plano Diretor da Atenção Primária. Para aplicação desse inquérito será selecionada uma microárea e o inquérito será aplicado na mesma proporção nas famílias “de alto risco” e nas “sem risco”, selecionadas por meio de um sorteio.

Segundo estudos, a validade dessas informações fica comprometida, uma vez que dependem da motivação dos sujeitos, sua honestidade e capacidade de resposta. Os entrevistados podem não estar conscientes das suas razões para qualquer determinada ação ou podem não estar motivados para dar respostas corretas, na verdade, eles podem estar motivados a fornecer respostas que não condizem com a realidade em virtude de se sentirem envergonhados de apresentar a real situação vivida ou a negligência com os hábitos de higiene bucal

No entanto, tomando como base as respostas obtidas no inquérito será feita a seleção e priorização dos problemas que serão enfrentados, uma vez que, dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo principalmente pela falta de recursos, segundo Campos *et al*,

(2010). De acordo com o autor, a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los foram alguns dos critérios utilizados para a seleção e priorização dos problemas.

A seleção e priorização do problema serão feita a partir da análise dos pontos obtidos conforme sua urgência juntamente com critérios de fatores de risco, conforme classificação do método do Plano Diretor da Atenção Primária (critérios clínicos e sócio-econômicos). No diagnóstico situacional do município do Prata, Minas Gerais, observou-se que a maioria dos usuários não tem conhecimento da oferta do atendimento odontológico na unidade, ou não tem acesso a tal. Então, identificou-se como problema prioritário a falta de acesso ao serviço odontológico, que por consequência acarreta muitos outros problemas. Sendo assim, considerou-se um “nó crítico” a falta de informação e orientação adequada da família sobre a importância dos cuidados com higiene e saúde bucal.

Diante do exposto, percebeu-se a necessidade da reorganização do modelo de atenção em saúde bucal da unidade, de modo a reorientar suas práticas de atenção, avaliando os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas e ampliar o acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, de forma a garantir a integralidade da atenção aos indivíduos das famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial. Esse vínculo criará co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento humanizado, entre os profissionais e a população adscrita.

Sendo assim, uma vez realizado e discutido o Diagnóstico Situacional do território de abrangência, é necessário que se realize a construção do Plano de Ação, utilizado para auxiliar na proposta de intervenção para priorização das famílias de alto risco, conforme classificação do método do Plano Diretor da Atenção Primária (critérios clínicos e sócio-econômicos), do município do Prata/MG.

O Plano de Ação proposto será desenvolvido em cinco etapas:

1. Coleta de Dados: Aplicação do Inquérito de Sinais e Sintomas de Risco em Saúde Bucal em uma micro-área de uma equipe de SF/SB pré-selecionada, para obtenção das informações sobre famílias de “alto risco” e “sem risco”, para que este fator oriente a priorização das famílias com maior necessidade de ações em Saúde Bucal. No projeto a Unidade de escolha será a do Cruzeiro do Sul – PSF I, em virtude de ser a primeira de Saúde da Família do município, com equipe de saúde mais estruturada e trabalhando há mais tempo com a população adscrita.

2. Capacitação: Específica para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que utilizem o roteiro de perguntas do inquérito de sinais e sintomas de risco em SB disponibilizado no Plano Diretor da Atenção Primária.
3. Aplicação do inquérito de sinais e sintomas de risco em SB, pela CD e ACS, nas famílias “de alto risco” e nas “sem risco”, classificadas pelo método do Plano Diretor da Atenção Primária. Para isso, será selecionada por meio de sorteio uma microárea e o inquérito será aplicado nas famílias “sem risco” na mesma proporção do número de famílias de “alto risco”.
4. Análise dos Dados: Será realizada uma comparação e análise dos resultados do inquérito de sinais e sintomas de risco em SB entre as famílias “de alto risco” e as famílias “sem risco”, classificadas pelo método do Plano Diretor da Atenção Primária;
5. Diagnóstico: Será proposta uma ação de intervenção com objetivo de apoiar os profissionais da equipe de SF/SB no planejamento e realização das ações referentes à atenção em Saúde Bucal (promoção à saúde, prevenção de riscos e agravos à Saúde Bucal e atendimento individual programado em Saúde Bucal) para os usuários priorizados.

É notória a importância da realização do tratamento integral, no âmbito da atenção básica, do encaminhamento e da orientação dos usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, da priorização do atendimento de acordo com o grau de risco e da capacitação dos profissionais da equipe de Saúde da Família da Unidade Cruzeiro do Sul, em específico, no que se refere às ações educativas e preventivas, de forma que atuem como multiplicadores para as demais unidades e comunidade do conhecimento e práticas de cuidados para a promoção à saúde e prevenção de riscos e agravos à Saúde Bucal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a inclusão da Odontologia na Estratégia Saúde da Família trouxe a possibilidade da garantia de acesso aos princípios do Sistema Único de Saúde também na Saúde Bucal, ampliando o processo saúde/doença para todos os setores que causam impacto na melhoria da qualidade de vida. A Atenção Básica recebeu, assim, um importante complemento e a população ganhou uma nova proposta de prática odontológica que visa à promoção, prevenção e a recuperação da saúde bucal de forma integral e o estreito relacionamento entre profissional e paciente.

Conclui-se, então, que o Plano de Ação proposto neste trabalho é aplicável visto que só há benefícios para a equipe, unidade, população de abrangência e até do município com a reorganização da saúde bucal no Prata-MG.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da Odontologia no Programa de Saúde da família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência Saúde Coletiva*. Vol. 11. N. 1. Rio de Janeiro. Jan/Mar. 2006.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. *Epidemiologia da saúde bucal*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

BOARETO, P. P. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). 2001. 33f. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/equipes_saudebucal.pdf. Acesso em: 15/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Brasil – março de 2001 a outubro de 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 03/12/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2010. 114p.

CANDIDO, K.K. *et al.* Classificação por grau de risco como recurso à atenção primária à saúde, 2011. Disponível em: http://www.cosemsg.org.br/experiencias_exitosas/. Acesso em: 10/01/2014.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. Atenção à Saúde Bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Caderno de Saúde Pública*. 2007. 23(5): 1119-1131.

CNES- DATASUS/MS, disponível em: <http://www2.datasus.gov.br> . Acesso em 10/01/2014.

NORO, L, R, A et al. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. Cad. De Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(7), 1509-1516, jul. 2008.

OLIVEIRA, A. G. R. C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal: Análise metodológica proposta pela Organização Mundial de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia. 1998. 1(2): 117-189.

PEREIRA, A, C. et al. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003.

PEREIRA, C, R, dos S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.985-996, maio. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x2009000500005&lng=iso. Acesso em: 03/12/2013.

PEREIRA, A. L. Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. 2010. 79 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais.

PRATA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. PRATA, jan, 2010.

REIS, M, L. A avaliação dos cirurgiões-dentistas acerca dos atributos longitudinalidade e integralidade do cuidado. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, L. F. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care. 2012; 3(2):179-185.

VASCONCELOS; E. M.; FRATUCCI, M. V. B. Práticas de Saúde Bucal. Gestão da prática clínica, 2012. Disponível em : // <http://www.ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/179>. Acesso em 12/01/2014.