

NISIELI CHRISTINE VENDRAMINI SOARES CAIXETA

**A SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE:  
UMA PROPOSIÇÃO DE PLANO DE AÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE  
BUCAL DO ADOLESCENTE NA UNIDADE DE SAÚDE DOM  
OSCAR - CONGONHAS/MG**

CONGONHAS – MG.  
JULHO / 2010.

NISIELI CHRISTINE VENDRAMINI SOARES CAIXETA

**A SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE:  
UMA PROPOSIÇÃO DE PLANO DE AÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE  
BUCAL DO ADOLESCENTE NA UNIDADE DE SAÚDE DOM  
OSCAR - CONGONHAS/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Bruno Leonardo de Castro Sena

CONGONHAS – MG.

JULHO / 2010.

Apresentação do trabalho de conclusão de curso ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG no dia 17/07/2010 aos integrantes do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

---

Coordenador:

Bruno Leonardo de Castro Sena

---

Orientador:

Dedico este trabalho a minha família e meu querido  
esposo Leonardo, pelo companheirismo e apoio  
incondicionais.

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade e privilégio por compartilhar tamanha experiência, por freqüentar este curso e fazer parte de uma história.

Agradeço ao Leonardo por acreditar no meu potencial, na minha profissão, nas minhas idéias e principalmente pelo apoio. Ao orientador Bruno Sena por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conceitos e conhecimentos durante a execução e conclusão deste trabalho.

“O homem é um ser em ação, que elaboram planos e dirige os seus movimentos com o objetivo de alcançar determinados fins. A escolha desses fins não é feita por acaso, mas em função do que o homem considera importante a sua vida, de acordo com os valores que elege.”

PAULO NADER

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a melhoria da saúde bucal em adolescentes na equipe da estratégia de saúde da família do Dom Oscar no município de Congonhas, Minas Gerais. O plano de intervenção proposto foi baseado num diagnóstico situacional realizado previamente pela autora onde foram observados aspectos demográficos, ambientais, sócioeconômicos, epidemiológicos, indicadores de cobertura, dentre outros. A coleta dos dados foi realizada em fontes oficiais como IBGE, SIAB, DATASUS e, em informações locais como mapeamento de instituições e projetos já existentes. Após a análise destes dados foram diagnosticados entraves e dificuldades no atendimento realizado atualmente e proposto um plano de ação visando a inserção da população de adolescentes nos programas de promoção de saúde bucal e qualidade de vida.

### **Palavras-Chave:**

Saúde bucal do adolescente, proposta de intervenção, promoção em saúde bucal.

## **ABSTRACT**

This work aims to improve oral health among adolescents in strategy team of family health in the municipality of Dom Oscar Congonhas, Minas Gerais. The intervention plan was proposed based on a situational diagnosis made previously by the author where noted demographic, environmental, socioeconomic, epidemiological indicators of coverage, among others. Data collection was performed on official sources like IBGE, SIAB, DATASUS, and local information such as mapping of existing institutions and projects. After analysis of these data have been diagnosed obstacles and difficulties in meeting currently held and propose as action plan aiming as the inclusion of the adolescent population in programs to promote oral health and quality of life.

### **Key words:**

Oral health of adolescent, propose intervention, health promotion.



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> - Número médio de CPO-D, por escolares de 12 anos examinados, segundo Regiões e no Brasil em 1986, 1996 e 2003 .....	17
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> - Composição percentual do Índice CPO-D segundo a idade e macrorregião do país .....	18
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário
- ASB** – Auxiliar em Saúde Bucal
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- CD** – Cirurgião Dentista
- CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas
- Ceo-d** – Índice de Dentes Cariados, Extraídos e Obturados Decíduos
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CPO-D** – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
- EABSF** - Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
- ESB** – Equipe de Saúde Bucal
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MG** – Minas Gerais
- MS** – Ministério da Saúde do Brasil
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PACS** – Programa de Agente Comunitário de Saúde
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SB** – Saúde Bucal
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TSB** – Técnico em Saúde Bucal
- TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso
- UAPS** – Unidade de atenção Primária em Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

# SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO .....	12
2 - JUSTIFICATIVA .....	15
3 - REVISÃO DA LITERATURA .....	16
3.1 - Aspectos Epidemiológicos .....	16
3.2 - Promoção de Saúde Bucal .....	20
3.3 - Atenção à Saúde Bucal do Adolescente .....	23
4 - OBJETIVOS.....	26
5 - DESENVOLVIMENTO .....	27
5.1 - Material e Método .....	27
5.2 - Caracterização do Ambiente .....	28
5.3 - Plano de Intervenção Proposto .....	31
6 - DISCUSSÃO .....	33
7 - CONCLUSÃO.....	35
8 - REFERÊNCIAS .....	37

## 1 - INTRODUÇÃO

Em 1980 o Brasil era um dos países com maior índice de cárie entre as crianças e adolescentes e, se não bastasse, possuía 11% da mão-de-obra odontológica disponível no mundo (Pinto, 2000). Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988 e as leis 8.080 e 8.142 de 1990, a Odontologia passou gradualmente a ser municipalizada, mas dentro do contexto contraditório já pré existente de exercício da profissão nos setores público e o privado.

O Programa Saúde da Família (PSF) criado na década de 90 foi inspirado em experiências exitosas de outros países como Cuba, Inglaterra e Canadá e adequado à realidade brasileira. Representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica através da reorientação do eixo do modelo assistencial. Propõe uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas sim na promoção da qualidade de vida, prevenção dos agravos e intervenção nos fatores que a colocam em risco. (Pereira et al., 2003)

Em 2000, através da criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF), o Ministério da Saúde (MS) agregou a atenção odontológica ao programa. Estas ações vieram impactar positivamente os indicadores de saúde bucal da população brasileira dentro da atenção primária em saúde e proporcionaram oportunidades para que os profissionais inseridos nas ESB atuassem em equipe de modo interdisciplinar e multiprofissional.

Diante desta proposta, o Ministério da Saúde, ainda em 2000, incentivou financeiramente os municípios na contratação do cirurgião-dentista (CD), técnico de higiene dentária (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD), visando à ampliação da atenção à saúde bucal da população por intermédio de ações que vieram para melhorar ainda mais seus indicadores na atenção primária a saúde.

A realidade mostra que diversas dificuldades vêm sendo enfrentadas pelos profissionais de saúde bucal para realizar e alcançar o proposto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os recursos financeiros ainda são escassos. As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) lidam com limitações relativas às estruturas físicas adaptadas, equipamentos e materiais, que comprometem as condições de trabalho.

Apesar destes obstáculos, segundo Franco & Merhy (1999) a introdução da Estratégia Saúde da Família (ESF) é capaz de fortalecer a equidade em saúde, pois através dessa é possível a superação das desigualdades sociais e em saúde nos diferentes contextos, conforme as realidades locais.

Para tanto, esta estratégia apresenta uma ação de assistência em saúde que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integralidade e equidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, a fim de se consolidar o Sistema Único de Saúde.

No Brasil, não há uma tradição de políticas públicas sistemáticas especificamente destinadas aos adolescentes. Apenas recentemente observa-se uma preocupação dos responsáveis pela formulação destas políticas com esse segmento da população.

Atividades e programas de capacitação profissional junto a serviços especiais de saúde são exemplos de algumas dessas iniciativas governamentais. Por outro lado, o Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo no que tange à doutrina de proteção integral às crianças e adolescentes e no plano das políticas relacionadas à saúde do adolescente e do jovem (ABRAMO, 1997).

Congonhas é uma cidade da região do Alto Paraopeba, às margens do Rio Maranhão, Bacia do São Francisco, localizada a 78 quilômetros de Belo Horizonte, sentido Rio de Janeiro, pela BR 040. Sua população estimada é de aproximadamente 45.6100 habitantes (DATASUS, estimativa 2006) e sua extensão territorial é de aproximadamente 306 quilômetros quadrados. Atualmente, Congonhas vem passando por importantes obras de infra-estrutura na área de tratamento de água, canalização do esgoto, coleta de lixo, saúde e outros.

Na área de saúde, o município vem investindo na construção das unidades de atendimento em atenção básica em vários bairros. Há cerca de 7 (sete) anos, aderiu a estratégia de saúde da família e, somente, há dois anos e três meses conta com equipe de saúde bucal. Hoje tem 12 equipes da estratégia de saúde da família e destas somente 7 equipes odontológicas (DATASUS, cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES) com cobertura odontológica de aproximadamente 60% da população. Outras equipes devem ser implantadas brevemente, a fim de proporcionar uma cobertura de 100% da população, meta da administração local.

A unidade do Dom Oscar foi inaugurada há cerca de sete anos. Inicialmente funcionava como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),

dentro da associação de bairro e, há aproximadamente três anos, com a transferência do local da sede, transformou-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF), com incorporação da Equipe de Saúde Bucal há dois anos, aproximadamente.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Dom Oscar funcionava em sede alugada e adaptada para a atividade, sendo que a sede própria foi inaugurada em setembro de 2008.

A área dispõe de duas grandes escolas, uma de alfabetização (Escola Municipal Pingo de Gente) e outra de ensino fundamental (Escola Municipal Judith Augusta). Existem também localmente grupos de jovens da igreja católica, de dança e teatro, além um trabalho conjunto entre educação e saúde (VALE JUVENTUDE) e saúde e assistência social proposto pelo governo federal (PRÓ JOVEM).

O trabalho tem como objetivo a melhoria da saúde bucal em adolescentes na equipe da estratégia de saúde da família do Dom Oscar no município de Congonhas, Minas Gerais. O plano de intervenção proposto foi baseado num diagnóstico situacional realizado previamente, pela autora onde foram observados aspectos demográficos, ambientais, sócioeconômicos, epidemiológicos, indicadores de cobertura, dentre outros. A coleta dos dados foi realizada em fontes oficiais como IBGE, SIAB, DATASUS e em informações locais como mapeamento de instituições e projetos já existentes.

Após análise destes dados, foram diagnosticados entraves e dificuldades no atendimento realizado atualmente e proposto um plano de ação visando à inserção da população de adolescentes nos programas de promoção de saúde bucal e qualidade de vida.

## 2 - JUSTIFICATIVA

De acordo com o Guia em Saúde Bucal de Minas Gerais (2006), a boca está relacionada diretamente ao processo de socialização, uma vez que é um órgão responsável pelo relacionamento interpessoal. Ela é importante na fala, auxilia muito na aparência, é utilizada na degustação dos alimentos e no sorriso. Vale ressaltar que problemas ligados à boca prejudicam diretamente na alimentação, nos relacionamentos pessoais e na aparência. Enfim, afeta a saúde em geral e pode gerar exclusão social.

As políticas públicas de SB eram destinadas exclusivamente às crianças e adolescentes em idade escolar (quatro a quatorze anos), sendo a atenção ao adolescente restrita, na maioria das vezes a urgências, de acordo com PALMIER et al. (2008). Mas de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Em face do exposto, justifica-se a proposta de intervenção de organização da saúde bucal dos adolescentes, considerando, ainda, ser esta uma fase negligenciada anteriormente pelas políticas públicas de saúde e a necessidade de buscar um atendimento odontológico para esse segmento da população.



### 3 - REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 - Aspectos Epidemiológicos

Epidemiologia é uma análise relacionada à distribuição e aos determinantes de tudo que está diretamente ligado à saúde de populações exclusivas. E, esta análise é usada para controlar os problemas de saúde desta população. (FILHO, 1989)

Segundo Almeida Filho (1992, p.54), a epidemiologia suporta o desafio de integrar o individual e o coletivo, mas isso não inclui a pretensão de dar conta da 'interface entre o social e o biológico.

Estudos epidemiológicos realizados recentemente em países industrializados e alguns em desenvolvimento, para Pereira et al. (2003), mostraram uma queda nos números de elementos com cavidades cáries, mas o porquê desta redução não está bem esclarecido e nem dimensionado. A exposição destas pessoas às diversas formas de aplicação do flúor pode ter influenciado nesta redução.

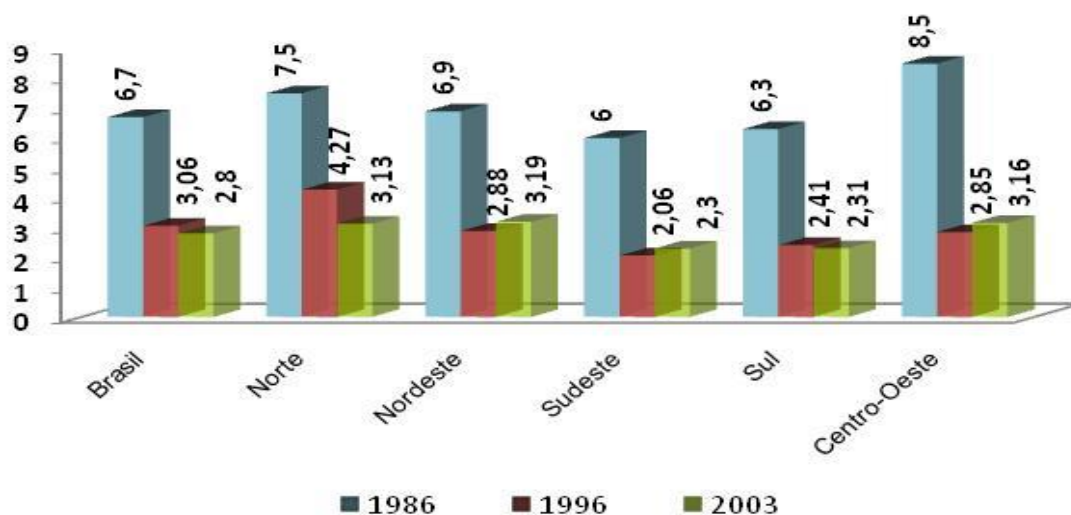
No Brasil, apesar do grande número de Faculdades de Odontologia e da imensa quantidade de profissionais lançados no mercado a cada ano, os índices de cárie dental e doença periodontal continuam sendo motivos de preocupação, principalmente em regiões menos favorecidas. O índice de cárie ainda é elevado, atingindo, em sua maioria as pessoas menos favorecidas socioeconomicamente e, nestas situações, a exodontia é o procedimento de primeira escolha já que é o mais viável economicamente.

O Ministério da Saúde (MS) realizou o primeiro Levantamento Epidemiológico, em âmbito nacional, em 1986 na Saúde Bucal. O índice CPO-D foi o método utilizado para medir a frequência da cárie dental, onde se observou a média dos dentes permanentes cariados, obturados e perdidos em determinado grupo. (Brasil, 1988)

Já em 2003, o Ministério da Saúde fez um levantamento com o intuito de descrever o perfil epidemiológico, avaliando os principais agravos nas diversas faixas etárias das regiões do Brasil, tanto na zona urbana e rural. (Brasil, 1996 apud Brasil, 2004)

“A Política Nacional de Saúde Bucal se embasa do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003. Este, que é o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país até hoje, se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais) que foram responsáveis pela execução de 108.921 exames epidemiológicos em 250 municípios.” (CNSB, 2004)

O Gráfico abaixo mostra o índice CPO-D, por regiões do Brasil, e mostra que houve queda neste índice nos períodos de 1986 e 1996.



**Gráfico 1 - Número médio de CPO-D, por escolares de 12 anos examinados, segundo Regiões e no Brasil em 1986, 1996 e 2003.**

**Fontes:** Ministério da Saúde/COSAB:

Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana - 1986.

Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Cárie Dental - 1996.

Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil) 2002/2003.

Revela também que houve queda acentuada no CPO-D tanto em nível nacional quanto em nível regional nos períodos analisados. No Brasil, houve quedas significantes de 1986 para 1996, em torno de 3,64; e de 1996 para 2003 de 0,26.

O quadro abaixo mostra o percentual do índice CPO-D de acordo com a faixa etária em todas as macrorregiões do Brasil.

**Quadro 1 - Composição percentual do Índice CPO-D segundo idade e macrorregião (Brasil, 2003)**

Macrorregião	n	Cariado	Obt./Cariado	Obturado	Perdido	CPO-D	
12 anos	Norte	6.208	72,52	1,60	14,38	11,50	100,00
	Nordeste	7.322	71,47	1,88	18,81	7,84	100,00
	Sudeste	8.052	42,17	3,04	52,17	3,04	100,00
	Sul	7.119	48,05	2,60	44,59	4,76	100,00
	Centro-Oeste	5.849	52,22	3,16	40,82	3,80	100,00
	Brasil	34.550	58,27	2,52	32,73	6,47	100,00
15 a 19 anos	Norte	3.877	55,86	2,61	19,54	21,82	100,00
	Nordeste	3.998	52,37	2,84	26,66	18,14	100,00
	Sudeste	2.981	28,96	2,86	59,26	8,75	100,00
	Sul	3.841	30,68	3,12	57,02	9,19	100,00
	Centro-Oeste	2.136	35,58	4,16	49,64	10,62	100,00
	Brasil	16.833	42,14	3,08	40,36	14,42	100,00
35 a 44 anos	Norte	2.486	14,94	1,26	9,51	74,30	100,00
	Nordeste	3.370	14,58	1,38	12,18	71,87	100,00
	Sudeste	2.340	9,26	1,92	31,48	57,34	100,00
	Sul	3.189	8,10	1,65	28,34	61,91	100,00
	Centro-Oeste	2.046	10,93	2,90	24,95	61,22	100,00
	Brasil	13.431	11,57	1,74	20,96	65,72	100,00
65 a 74 anos	Norte	746	6,25	0,11	0,60	93,08	100,00
	Nordeste	1.446	6,23	0,07	1,25	92,41	100,00
	Sudeste	1.052	2,10	0,17	3,18	94,55	100,00
	Sul	1.374	2,89	0,33	4,24	92,54	100,00
	Centro-Oeste	731	3,87	0,47	3,51	92,16	100,00
	Brasil	5.349	4,21	0,22	2,63	92,95	100,00

**Fonte:** Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil) - 2002/2003 (BRASIL, 2004)

É percebido, no quadro, o componente Cariado como causa de aproximadamente 42,14% do índice CPO-D no grupo de 15-19 anos (adolescência) e apresenta decréscimo acentuado deste componente nos grupos de 35-44 anos, 11,57%, e de 65-74 anos; 4,21%. Nestas duas últimas faixas etárias o maior componente do Índice é representado pelo percentual de Perdidos.

Comparando as regiões Norte e Nordeste com as demais, percebe-se que elas apresentam médias elevadas de dentes cariadas e perdidas em todas as faixas etárias.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986 juntamente com a 8ª Conferência de Saúde, foi um marco na formulação da política de saúde bucal brasileira, pois enfatizou a necessidade de formulação de Programa Nacional de Saúde Bucal. A Odontologia brasileira foi caracterizada como ineficiente e ineficaz, monopolizadora, de altos custos, de tecnologia densa, iatrogênica e mutiladora – caótica – e exigiu a inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com seus princípios. (BRASIL, 1986)

Foi a partir destes dados que o Governo Federal implantou em 17 de março de 2004 a política nacional de Saúde Bucal denominada Brasil Sorridente. Esta política está articulada com a ESF e possui basicamente três frentes de atuação: ampliação da equipes de saúde bucal, incentivo à criação dos CEOs e fluoretação da água, tendo como objetivo ampliar e qualificar a atenção básica e garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, possibilitando acesso e oferta de serviços, assegurando atendimento de acordo com princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2004).

As ações da Política Nacional Brasil Sorridente comprometem-se em promover, prevenir, recuperar, tratar e reabilitar a saúde bucal, uma vez que ela é um fator importante para a qualidade de vida do povo brasileiro. (Brasil, 2004)

A atenção em saúde bucal ainda está com dificuldades de pensar e agir no coletivo, uma vez que a sua percepção está baseada no individual, e, este é um grande desafio também para o Sistema Único de Saúde: garantia dos princípios da universalização e da equidade no atendimento prestado.

### 3.2 - Promoção de Saúde Bucal

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes.

Promoção de Saúde é o processo onde o indivíduo é transformado e, com esta transformação, ele se apropria de sua saúde e é capaz de proporcionar o controle desta e conseqüente melhoramento (FARIA, 2008).

O indivíduo adquire saúde quando ele consegue satisfazer as suas necessidades fisiológicas, de auto-estima, segurança, reconhecimento social; quando consegue transformar e conviver com o ambiente. Saúde não é meramente a ausência de doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1986), “promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle sobre sua própria saúde”. Reforça a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

Já no setor de saúde a participação de todos os atores sociais (profissionais da saúde, lideranças comunitárias, conselheiros de saúde) é essencial para a promoção da saúde, uma vez que é necessário transformar o indivíduo e incentivá-lo a mudar de vida, ou seja, é preciso quebrar paradigmas. O trabalho intersetorial também é importante.

A Estratégia Saúde da Família foi institucionalizada pelo MS, em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente. A ESF implantou equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em uma área geográfica delimitada. (BRASIL, 2007)

Esta estratégia atua através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (FARIA, 2008) e veio priorizando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde a partir de novas bases, trabalhando com os

princípios de territorialização, vínculo, integralidade na assistência, trabalho multidisciplinar, ênfase na promoção da saúde, estímulo à participação da comunidade, dentre outros.

De acordo com Buichi (2000), o paradigma de promoção de saúde iniciou-se recentemente dentro da Odontologia. Uma nova abordagem de promoção de saúde vem promovendo uma forma diferente de atuação odontológica. Ainda há a negação da prática odontológica como Ciência Social. A partir desta compreensão, a cárie e a doença periodontal são provenientes do desarranjo entre os fatores protetores de cada indivíduo, seja por influência da dieta, saliva, higiene oral, costumes sociais, cultura, entre outros.

O atual paradigma odontológico de promoção de saúde bucal está em processo de construção e tem a preocupação de reconhecer o ser humano integral e singular, inserido no contexto social, não visando somente o dente, “a coisa a ser tratada” do indivíduo, mas os dentes na vida cotidiana com seus familiares, equipes de trabalho nas relações sociais.

O acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda é um dos grandes problemas a serem equacionados pelos sistemas públicos. A experiência acumulada de modelos excludentes, tem tido um processo de revisão e de reformulação ainda lento, após a implantação do SUS, considerando seu curto tempo de existência e sua base na universalidade da atenção.

O acesso ao serviço é um determinante marcante, pois é neste momento que o indivíduo recebe o atendimento. Contudo, o fato de simplesmente ser atendido não garante que o atendimento prestado aos usuários seja de qualidade. Na verdade o atendimento necessita ter qualidade e resolutividade.

A cárie dentária é caracterizada como uma questão de saúde pública, pois mais de dois terços da população mundial é portadora desta. Os próprios dados do primeiro levantamento nacional apontam neste sentido já que são verificados altos índices de mutilação e dentes cariados na população jovem.

De acordo com Frencken e Holmgren (2001), apesar de sua diminuição nos países industrializados, a cárie dentária ainda é um problema muito difundido nos países em desenvolvimento. Nestes a maioria dos dentes cariados não é tratada, e quando há tratamento, freqüentemente a opção é a extração do elemento.

De acordo com Brasil (2004), os fatores relacionados ao declínio da ocorrência de cárie dentária em crianças e adolescentes podem estar relacionados à maior disponibilidade de águas de abastecimento público fluoretadas e também aos dentífricos contendo flúor. Além disso, a consolidação de programas municipais

orientados à promoção da saúde bucal que surgiram com a descentralização das ações e serviços de saúde também pode ter contribuído para essa redução.

A dieta alimentar é um fator importantíssimo na qualidade da saúde bucal, uma vez que está diretamente ligada a ocorrência da doença cárie. O incentivo a ingestão de uma alimentação saudável pode ser divulgada e reforçada por qualquer profissional da área da saúde, além do uso dosado do açúcar, desenvolvimento do autocuidado e redução dos fatores que geram riscos.

Quanto às atividades de higienização supervisionada que almejam à prevenção da cárie e da gengivite, o cirurgião-dentista (CD), o técnico em saúde bucal (TSB), o auxiliar em saúde bucal (ASB) e o agente comunitário de saúde (ACS) podem estar desenvolvendo estas atividades principalmente nas visitas domiciliares.

Durante a implantação de qualquer modelo de atenção em saúde bucal, a organização da demanda é um dos grandes conflitos. Manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados dentro da Odontologia sem, no entanto, comprometer a universalidade e, além disso, manter as características de um sistema eficaz e resolutivo é um obstáculo a ser superado no contexto atual.

### 3.3 - Atenção à Saúde Bucal do Adolescente

O cuidado com a saúde oral, considerando-se a atenção integral ao adolescente, constitui um componente importante na melhora da qualidade de vida. As doenças orais prevalentes (cáries e doença periodontal) são de etiologia infecciosa e atingem 95% da população. Ambas as doenças aumentam a incidência na adolescência, segundo VALENTE (1998). Outro fator importante são as perdas dentárias ocasionadas pelos traumatismos.

“As modificações hormonais, a dieta, os hábitos intestinais inadequados e outros fatores que modificam o meio interno e o ambiente externo do indivíduo fazem com que os adolescentes sejam um grupo de risco para a saúde oral.”  
(VALENTE, 1998)

De acordo com RUZANY e SZWARCOWALD (2000), a adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Em geral, é o período mais saudável do ser humano, apresentando os menores índices de morbi-mortalidade. No entanto, torna-se um momento crucial na atenção à saúde porque, nesta época, se estabelece todo um aprendizado ligado a condutas e comportamentos futuros.

Por tratar-se de um grupo compreendido entre os 10 e os 20 anos de idade, a atenção à saúde do adolescente inclui um amplo espectro da odontologia. Em sua fase mais precoce, dos 12 aos 14 anos, ocorre a substituição da dentição decídua pela permanente. Já na adolescência tardia, dos 18 aos 20 anos ocorre a erupção dos terceiros molares ou “dentes sisos”.

No que concerne à saúde oral, dados do Levantamento Epidemiológico Nacional realizado no país (SB Brasil 2003) revelaram um quadro insatisfatório para os adolescentes. Cerca de 14 % dos jovens brasileiros nunca foram ao dentista. Um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária, relatada por mais de 30% dos adolescentes. A ida ao dentista para consulta de rotinas/manutenção foi citada por aproximadamente 34% dos adolescentes. A perda dentária precoce é grave e a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade (SB Brasil, 2003).

Vale ressaltar que problemas ligados à boca prejudicam diretamente na alimentação, nos relacionamentos interpessoais, empregabilidade, auto-estima e na aparência. Enfim, afeta a saúde em geral e pode gerar exclusão social.



“Na última década, o Brasil avançou muito na prevenção e no controle da cárie em crianças. Contudo, a situação de adolescentes, adultos e idosos está entre as piores do mundo. E mesmo entre as crianças, problemas gengivais e dificuldades para conseguir atendimento odontológico persistem”. (DATASUS,2010)

Dentro deste panorama é possível perceber a dificuldade em controlar as doenças bucais; principalmente nas faixas etárias anteriormente não priorizadas na atenção a saúde bucal (fora do intervalo entre quatro e quatorze anos) pelo Ministério da Saúde. A grande demanda também é um fator dificultador da promoção de saúde, e coloca em “xeque” o trabalho. O perfil da população pela busca de soluções imediatistas (pronto atendimento) também é um nó crítico.

No período da adolescência, o comportamento dos jovens muitas vezes tende a ser bastante infantil. Ocorrem grandes flutuações de temperamento que ocasionam certa dificuldade na relação entre pais e filhos. É um período de ações e pensamentos paradoxais por parte dos adolescentes. E é nesta confusão que as doenças gengivais e cáries evoluem, na fase adulta, as perdas dentárias, podendo dificultar o indivíduo na inclusão social, uma vez que é “caro” tratar os dentes, e o serviço público não dá conta de todos os atendimentos, tanto de atenção individual como coletiva.

Na população brasileira, aos doze anos, em média três dentes manifestam a doença cárie; aos dezoito anos, o número de dentes acometidos pela cárie em média dobra.

O controle periódico e os programas preventivos têm muita importância neste período pela presença na cavidade bucal de vulneráveis peças dentárias recém irrupcionadas.

A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, dieta dependente e transmissível que tem como resultado a lesão cariiosa. A lesão cariiosa é reversível quando ela se manifesta no esmalte ou até o terço externo da dentina.

Há técnicas específicas de aplicação prática como os seladores de pontos de fissuras, que modificam a morfologia das superfícies mastigatórias dentárias no caso de haver risco de adesão de placa bacteriana e aplicação tópica de flúor utilizada de acordo com o risco cariogênico do paciente.

Medidas preventivas de autocuidado podem ser realizadas diariamente e devem ser sistematicamente recomendadas. Dentre essas destacam-se a escovação dental, uso do fio dental e a utilização de flúor em várias formas de administração locais (pastas, bochechos).

As medidas citadas acima freqüentemente entram em conflito com o estilo de vida e as características próprias dos adolescentes. Eles valorizam a informação quando se promovem seminários de educação para a saúde, realizados de forma multidisciplinar e lúdica.

A intensificação da inflamação gengival por alterações hormonais da adolescência é um fenômeno conhecido. Estas mudanças e os processos bacterianos locais combinam-se para provocar "gengivite marginal crônica" que têm como característica hiperemia inflamatória, edema dos bordos e hemorragia ao ser manipulada ou mesmo espontânea (Valente,1998).

Um fator agravante dos problemas gengivais desta fase são os aparelhos ortodônticos porque facilitam a retenção de restos alimentares e a adesão da placa bacteriana; a vigilância e a correta higiene são imprescindíveis para impedir a patologia gengival nestes casos (ODONTO JR. USP, 2009).

Ainda segundo Valente (1998), as tensões da adolescência ocasionam também muitas mudanças fisiológicas, algumas das quais podem ocasionar a disfunção mastigatória (bruxismo) e os movimentos para-funcionais.

Segundo Bordini (1992), as fraturas dentárias por traumatismo da cavidade oral são freqüentes, a forma e a extensão das lesões são de vários tipos, contudo com prognóstico positivo. Já o deslocamento total do dente (avulsão) é de prognóstico incerto, em alguns casos se restabelece a inserção normal, outros se anquilosam (fusão com o osso) e alguns fracassam. As causas mais freqüentes de traumatismos e avulsões são os jogos de rua, os esportes, brincadeiras violentas e acidentes.

O câncer bucal se diversifica de acordo com as particularidades como hábitos, raças, valores culturais, fatores genéticos; e o consumo de fumo e álcool concomitantes que aumentam os fatores de risco (INCA, 2001).

#### 4 - OBJETIVOS

Frente ao relevante papel da família e da comunidade na promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das doenças prevalentes propõe-se um plano de ação a fim de auxiliar na melhoria da organização da demanda de adolescentes de 10 a 19 anos na UAPS do Dom Oscar, no município de Congonhas, Minas Gerais, baseado no diagnóstico realizado nessa área durante o módulo “Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde” e na construção/ampliação de conhecimentos científico-profissionais adquiridos pela autora durante o andamento do referido Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Contamos com um público alvo de 689 adolescentes entre 10 e 19 anos, sendo 347 do sexo masculino e 342 do sexo feminino. Deste total de jovens 79,77% estão inseridos nas escolas. (SIAB, 2008)

Para tal, os objetivos específicos são:

- Propor meios eficazes de inserir a população de adolescentes da área de abrangência na saúde;
- Prestar uma assistência odontológica de qualidade e eficaz, voltada para o social (resolução de problemas coletivos - nós críticos) baseada na prevenção de doenças e promoção de saúde na população de adolescentes da UAP Dom Oscar no município de Congonhas - MG.

## **5 - DESENVOLVIMENTO**

### **5.1 - Material e Método**

A definição do problema, objeto deste estudo, foi resultado de uma abrangente revisão bibliográfica e vivência diária sobre o tema. A partir de conceitos estudados e revistos na pesquisa bibliográfica tornou-se possível o levantamento e análise do problema em estudo neste trabalho de conclusão de curso.

Segundo Vergara (2005), a pesquisa documental é realizada através de documentos conservados com pessoas ou no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza. Foram analisados os dados ambientais e a organização do serviço de saúde do município. Para tanto foram utilizadas fontes oficiais como IBGE e SIAB.

Na concepção de Roesch (1996), uma pesquisa descritiva caracteriza-se por observar, registrar e correlacionar ocorrências, sem manipulação das variáveis.

O método de pesquisa aplicado a este trabalho foi o quantitativo-descritivo, pois o trabalho buscou informações de uma população específica. Este método tem a finalidade de expor informações já existentes. (ROESCH, 2005).

O presente trabalho versa sobre a elaboração de um plano de intervenção para a melhoria da atenção em saúde bucal para o adolescente no município de Congonhas/MG.

## 5.2 - Caracterização do Ambiente

A acolhedora cidade de Congonhas, com apenas 71 anos, é uma cidade da região do Alto Paraopeba, às margens do Rio Maranhão, Rio da Bacia do São Francisco, localizada a 78 quilômetros de Belo Horizonte, sentido Rio de Janeiro, pela BR 040. Sua população estimada é de aproximadamente 45.6100 habitantes (DATASUS, estimativa 2006) e sua extensão territorial é de aproximadamente 306 quilômetros quadrados.

Vem apresentando um crescimento populacional importante, devido à expansão da indústria siderúrgica local (CSN), principal indústria da cidade. Apesar deste intenso crescimento populacional, não está havendo, na mesma proporção, um correspondente crescimento de infra-estrutura e de desenvolvimento social.

Apesar de ser uma típica cidade interiorana com pessoas simples e vida pacata, devido ao seu posicionamento geográfico, ela tem sido usada na rota do tráfico de entorpecentes (maconha, cocaína e crack) do Rio de Janeiro para Minas Gerais, ocasionando um alto consumo de drogas local.

A cidade sempre teve uma forte tradição religiosa e cultural e é considerada Patrimônio Histórico Cultural Mundial pela UNESCO, sendo a área tombada composta pelas obras do Mestre Antônio Francisco Lisboa (o “Aleijadinho”), cujo conjunto arquitetônico foi executado entre o final do século dezoito e início do século dezenove, auge do Barroco Mineiro.

Tem grande potencial turístico, contudo este é subaproveitado. As obras do mestre Aleijadinho são compostas por: os Passos da Paixão de Cristo- o Adro da Capela do Senhor Bom Jesus de Matozinhos- e os doze Profetas que são reconhecidos mundialmente e atraem a passar pela cidade vários turistas diariamente.

Além disso, várias festas religiosas são executadas na cidade sendo destaque duas: a da Semana Santa (em Março) e o Jubileu do Senhor Bom Jesus de Matozinhos (em Setembro).

De acordo com dados colhidos junto ao SIAB (2008), o município de Congonhas e a ESF Dom Oscar se caracterizam, em números percentuais, respectivamente:

- I. 99,66% das casas são de tijolo/adobe no município e 99,91% na ESF do Dom Oscar;
- II. 97,90% das casas possuem abastecimento de água através da rede pública de abastecimento, enquanto 99,91% utilizam este sistema na área adscrita da

ESF Dom Oscar;

III. O município conta com eficaz sistema de esgotamento sanitário, sendo que 96,91% da população utilizam sistema de esgoto e 99,91% na ESF Dom Oscar;

IV. 97,59% do lixo têm destino na coleta pública dentro do município e 100% na área da ESF Dom Oscar. O município não possui coleta seletiva, mas possui coleta de materiais pérfurocortantes.

V. 98 % da população possuem água fluoretada na zona urbana, sendo 100% na ESF Dom Oscar. Já na zona rural o tratamento e fluoretação ainda não são realizados.

VI. 79,77% dos adolescentes de 10 a 19 anos da área da ESF Dom Oscar estão inseridos na escola.

VII. A população alvo do totaliza 689 adolescentes, sendo 340 de 10 a 14 anos e 349 de 15 a 19 anos. Destes 347 são do sexo masculino e 342 do sexo feminino.

Na área de saúde, o município vem investindo na construção das unidades de atenção primária à Saúde (UAPS) em vários bairros. Já conta atualmente com 5 sedes próprias recém construídas, dentre estas da equipe do Dom Oscar.

Há cerca de sete anos, aderiu à estratégia de saúde da família com equipe médica e, somente, há quatro anos e três meses com equipes de saúde bucal. Conta hoje com 11 equipes médicas e destas somente com 7 equipes odontológicas (CNES, 2010), com cobertura de 70% da população. Outras equipes devem ser implantadas brevemente, a fim de proporcionar uma cobertura de 100% da população, meta da administração atual.

Todas as equipes funcionam de 7:00 às 16:00 horas, de segunda a sexta feira; sendo que um dia por semana trabalham o horário do trabalhador que é estendido até às 19:00 horas.

Um entrave ao desenvolvimento das ESF da localidade é a rotatividade dos profissionais de saúde, já que, a cada dois anos, é realizado processo seletivo, pois o vínculo existentes para estes é de contrato com prazo de vigência.

O município é pólo da microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas e pertence à macrorregião de Barbacena. Na Odontologia municipal registra-se atualmente 83 servidores efetivos e contratados entre CD, TSB, ASB.

A secretaria Municipal de Saúde conta com os seguintes serviços implantados: Laboratório de Análise Clínicas, Assistência Farmacêutica, Odontologia Central, Equipes de Saúde bucal, Secretaria de Saúde, Diretorias, Imunização, Regulação, Vigilância Sanitária, Epidemiologia, Hospital Bom Jesus, Fisioterapia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Transporte, Almoxarifado da Saúde, Estratégia de

Saúde da Família, Pronto atendimento, Policlínica Central, Clínica da Mulher, Clínica da Criança, TFD, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

A rotina da equipe é marcada pela sobrecarga de atividades devido às situações de urgências e pacientes emergenciais além da livre demanda, tanto na Saúde Bucal quanto na equipe de Saúde da Família. Há dificuldades de locomoção e envio de materiais em função do pequeno número de automóveis e a constante manutenção destes.

Os membros das Equipes de Saúde Bucal e da Odontologia Central recebem Programas de Capacitação e Atualização pelo menos uma vez ao ano e fazem reuniões periódicas de equipes e por categoria profissional, propiciando crescimento profissional de todos e a troca de experiências e resultados.

No município ainda não contamos com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Contudo, realizamos algumas especialidades como: cirurgia oral menor e endodontia unirradicular. Estas são desenvolvidas na Odontologia Central mas é um ação pequena em virtude da demanda e necessidades dos usuários.

A equipe do Dom Oscar possui grupos de acompanhamento com hipertensos, diabéticos, gestantes e saúde mental e dispõe de pequeno material didático para palestras.

A atenção em Saúde Bucal no município de Congonhas está inserida em sete ESF's, além da Clínica Central que atende as áreas que ainda não tem ESB dentro da ESF. Neste caso, o acesso ao atendimento prestado é realizado por livre demanda através de agendamento, além de crianças e adolescentes em idade escolar.

A grande dificuldade das equipes é a sensibilização e adesão dos adolescentes em procurar e frequentar os serviços de saúde. Assim, o município em parceria com a fundação VALE desenvolve na cidade para os profissionais da saúde, educação e assistência social um treinamento e capacitação para que estes possam aprender diferentes maneiras de abordagem deste público alvo.

Diante do exposto acima, o presente trabalho buscou responder à seguinte pergunta-problema: "Como inserir a população adolescente nos Serviços Públicos de Saúde do município de Congonhas/MG?"

### 5.3- Plano de Intervenção Proposto

No Brasil, bem como em Congonhas/MG, em meio ao processo de descentralização dos serviços de saúde, aparece o Programa de Saúde da Família. Esta estratégia vem sendo eleita como privilegiada para se alcançar os objetivos de redirecionamento do modelo de atenção à saúde dos adolescentes.

Dessa maneira, a incorporação de novos saberes nas UAPS para a realização de ações multiprofissionais e interdisciplinares junto ao público adolescente é extremamente pertinente uma vez que a maior parte dos problemas dessa população é resolvida na Atenção Primária.

Ainda observa-se nessa dimensão que os adolescentes ainda não são grupo prioritário nos serviços de saúde oferecidos no município de Congonhas, porém são beneficiados com ações de promoção da saúde bucal quando inseridos nas escolas públicas.

A integralidade também se constitui como um elemento crítico a ser considerado no contexto dessa nova proposta. Considerando-se os diferentes níveis de atenção à saúde observa-se que a prática de contra-referência é falha no que diz respeito à continuidade entre os serviços.

Por fim, a relação entre o setor Saúde com outros setores como Educação e assistência encontra-se pouco sistematizada, necessitando de maior interlocução, a fim de alcançar a atenção integral para esse público.

Dentro deste contexto, o método de pesquisa aplicado a este trabalho foi o quantitativo-descritivo que tem a finalidade de expor informações previamente colhidas. O trabalho buscou informações de uma população específica durante todo o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Após a pesquisa e análise dos dados foram identificados nós críticos e intervenções foram propostas.



**PLANO DE AÇÃO PROPOSTO**

O QUE FAZER	QUEM	ONDE	QUANDO	PRODUTO ESPERADO
Curso de Capacitação e Educação permanente para favorecer a abordagem com os adolescentes	Todos os profissionais da UAPS, Equipe do Programa Vale Juventude	Auditório UAPS	Periodicamente	Realizar ações mais efetivas, promover a integração da equipe.
Associação com grupos de jovens, escolas de esporte locais e grupos de teatro.	Todos os profissionais da UAPS	Na comunidade	Bimestralmente	Captar adolescentes fora da escola e promover o vínculo com estes em ações de promoção em saúde, favorecendo seu acesso à Equipe.
Alternativas culturais e de lazer	Poder público municipal, vereadores, associação de moradores e profissionais da UAPS	Na comunidade	1 ano para elaboração de projetos e início das atividades	Melhoria da qualidade de vida e redução de tempo ocioso e improdutivo dos jovens. Resgate da cultura local.
Programas de profissionalização para jovens	Parceiros privados (VALE), Equipe de profissionais da UAPS, CEFET, Assistência Social.	CEFET	Anualmente	Inserção de jovens carentes no mercado de trabalho através da Assistência por meio de cursos profissionalizantes.
Parceria com a Educação	Equipe de Saúde Bucal, educadores das escolas da área.	Na UAPS e Escolas	Trimestralmente	Oficinas com temas sugeridos pelos jovens através de abordagem terapêutica lúdica.
Adotar protocolo de avaliação de risco em Saúde Bucal da UFMG	Equipe de Saúde Bucal	Antes de consultas programáticas e de livre demanda	Diariamente	Organização da demanda utilizando os princípios do SUS.
Campanhas Educativas de Promoção e Prevenção em Saúde	Agentes comunitários de Saúde	- Visitas Domiciliares	Mensais	Coleta de dados para levantamento de diagnóstico local e planejamento da equipe de saúde bucal
	Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Nutricionistas e outros.	Visitas Domiciliares, grupos operativos e consultas individuais	Diariamente	Trabalho multiprofissional proporcionando maior resolutividade na assistência.
	Equipe de Saúde Bucal	Visitas Domiciliares, grupos operativos e consultas individuais	Diariamente	Abordagem de temas ligados à saúde bucal dentro do contexto dos ciclos de vida.
Ampliar as ações do Projeto "COMPARTILHANDO UM SORRISO FUTURO"	Gerência e Equipe de Saúde Bucal, Secretaria de Saúde	Na UAPS e Escolas	Trimestralmente	Promover acesso a pasta de dentes fluoretada, escovas de dentes e fio dental periódico aos escolares. Propiciar ações coletivas em Saúde Bucal no ambiente escolar. Assegurar acesso prioritário destes ao atendimento individual em odontologia nas UAPS.
Fortalecer a rede	Atenção primária e secundária Assistência social Educação	Em toda a rede	Imediatamente	Criação de fluxos e solidificação das referências e contra-referências.
Promover a participação de jovens no planejamento da equipe através do conselho local	Todos os profissionais da UAPS	Reuniões de planejamento	Trimestralmente	Participação ativa dos jovens nas decisões e sensibilização destes para serem parceiros dentro da comunidade.

## 6 - DISCUSSÃO

No Brasil, apesar do grande número de Cursos de Odontologia e da imensa quantidade de profissionais que ingressam no mercado anualmente, os índices de cárie dental e doença periodontal continuam sendo motivo de preocupação, em especial em regiões menos favorecidas. Portanto, a implantação de políticas de promoção de saúde, com o intuito de educar os indivíduos quanto à existência de doenças bucais, bem como a maneira de preveni-las, faz-se necessária. (PINTO et al , 2004)

A atenção primária prima pela promoção, prevenção e proteção à saúde, priorizando a resolutividade e a qualidade. Assim, a ESF deve desenvolver ações voltadas para as necessidades dos adolescentes da comunidade propiciando uma melhor qualidade de vida destes através da observação de seu estilo de vida, se estudam ou trabalham, como se alimentam, sua higiene corporal e bucal, sua moradia, como é seu lazer e suas relações familiares.

Em Congonhas, há a necessidade de organização do serviço prestado em Saúde Bucal ao adolescente, o que não difere muito de outras cidades do país. Pestana & Mendes (2004) afirmam, que a coordenação entre as ações em saúde seriam menos fragmentadas se a atenção primária estivesse no centro da comunicação entre os serviços.

“A atenção primária à saúde deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto da atenção à saúde em que estejam (PESTANA & MENDES, *op. cit.*, p. 42).

Nesse sentido, de acordo com PAIM (1999), a reorganização do sistema de saúde de modo que a concentração da demanda espontânea passe a ser contemplada pela oferta organizada dos serviços é apontada como iniciativa fundamental para a concretização dos preceitos do SUS. Assim, a Equipe de Saúde Bucal do Dom Oscar adota um acolhimento, visando a humanização do atendimento e ampliação do acesso, como meio de organização da livre demanda. Utilizamos o protocolo desenvolvido pela UFMG como critério de avaliação de risco em Saúde Bucal a fim de garantir as diretrizes preconizadas pelo SUS.

Parece que o processo de mudança consegue caminhar no plano teórico para o prático com proposições cuidadosas e pertinentes, por outro lado, no lado prático surge dificuldade de continuidade de atendimento na atenção especializada odontológica, o que fere o princípio da integralidade da assistência. Este fator decorre da não existência do CEO em Congonhas, apesar de apresentar uma atenção primária em Saúde Bucal muito bem organizada, com uma proporção invejável de 7 ESB's para 11 ESF's. (CNES, 2010) O município não consegue aprovação de seu projeto de implantação do CEO que iniciou-se em 2006.

A importância do estabelecimento de parcerias seja em escolas, igrejas, lideranças comunitárias é mencionada por KUHN (2002) em seu artigo. A ESF Dom Oscar utiliza a estratégia de formação de conselho local de saúde composta por líderes comunitários e atualmente quer incluiu entre seus membros adolescentes da área e do grêmio estudantil para estabelecer parcerias. Deste modo, pretende motivar os jovens a comparecerem a UAPS e participar ativamente dos trabalhos realizados pela equipe.

Como estratégia também de parceria entre a Saúde e a Educação, A ESF Dom Oscar realizou uma capacitação com todos os profissionais no PROGRAMA VALE JUVENTUDE. Esta capacitação propiciou uma maior integração da equipe, quebra de tabus e preconceitos, além de desenvolver ferramentas de abordagens diferenciadas para trabalhar com adolescentes e aproximação com os educadores que já utilizam esta metodologia há vários anos transversalmente dentro das várias disciplinas.

A iniciativa melhorou a aproximação dos jovens com a equipe e propiciou a criação de uma estratégia de incentivo ao tratamento odontológico individual dos adolescentes. Cada adolescente que conclui este tratamento adquire anualmente um crédito anual dentro de uma disciplina escolar. O artifício ampliou a procura e interesse dos jovens inseridos na escola pelo tratamento curativo e possibilitou a equipe a desenvolver abordagens preventivas e de promoção de saúde com estes jovens.

A Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) proporcionou a reflexão do processo de trabalho até então desenvolvido e a proposta de construção de planos de ação através de planejamento e por fim iniciar um monitoramento destas ações, avaliando sua eficácia.

## 7 - CONCLUSÃO

Avaliar e identificar lacunas, dificuldades e avanços são maneiras de investir em determinados rumos e/ou redirecionar caminhos, a fim de alcançar ações e respostas mais pertinentes e também possíveis.

O cirurgião dentista inserido dentro da APS deve apresentar uma visão mais global dos jovens, considerando as relações sociais, familiares e ambientais a que estão inseridos, não se restringindo somente a cavidade oral. Pensar em como aliar as necessidades sociais, psicológicas e também relativas aos agravos e doenças biológicas, quando o adolescente se aproxima da unidade, é o grande desafio.

Há uma grande demanda por tratamentos curativos decorrentes dos modelos anteriormente existentes contudo, este deve ser parte integrante do desenvolvimento do auto cuidado e autonomia dos adolescentes.

Dessa maneira, é difícil voltar-se aos adolescentes quando se sabe tão pouco sobre as possibilidades de trabalho com esse grupo e também sobre suas necessidades de saúde.

A formação e capacitação profissional dos envolvidos no processo da APS devem ser colocadas como prioridade. Assim como houve a iniciativa deste curso de formação em Saúde da Família e do Programa VALE JUVENTUDE, capacitações e cursos devem ser práticas contínuas entre todos profissionais de saúde, especialmente entre aqueles que, na sua maior parte, se incorporam nos serviços com grande *déficit* de conhecimento teórico e técnico pelas conhecidas limitações nas condições de educação e por tantas outras questões.

A maior flexibilidade e maior criatividade na organização dos serviços de saúde bucal (especialmente na atenção básica), a fim torná-los mais atrativos para os adolescentes, através de algumas estratégias como aquisição de um crédito anual dentro de uma disciplina escolar é bem vinda. Tais estratégias devem ser incentivadas, pois possibilitam o alcance de um maior número de jovens e uma maior mobilização de todos os atores envolvidos no processo.

O planejamento, avaliação e monitoramento de nossas atividades são importantes para mensurarmos se nosso trabalho está adequado à realidade local e vêm sendo apropriado pelos atores envolvidos.

Conhecer e discutir estes relatórios em equipe e com o conselho local em saúde é uma forma de assegurar que as ações de saúde, de fato, sejam priorizadas para

o segmento populacional aqui abordado. Não fazê-lo, por sua vez, remete a lacunas na forma como os serviços se organizam para acolher e prestar atendimento aos adolescentes.

O plano de ação proposto neste trabalho para os adolescentes nos faz refletir sobre mudanças não só na lógica organizativa dos serviços, mas na própria prática odontológica, introduzindo uma perspectiva de maior vínculo e responsabilização. É um passo muito importante que a comunidade do Dom Oscar merece receber através das ações e do comprometimento de todos os profissionais de saúde da equipe.

É esse, portanto, o grande desafio: Ver o mundo por uma nova lente, quem sabe uma nova janela. Ou, talvez, não uma janela, mas uma ausência total de paredes.

## 8 - REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W. **Considerações sobre a tematização social da juventude**. Revista Brasileira de Educação. São Paulo. n. especial, p.25-36, maio/jun.1997.

BORDINI, N. **Medicina Ambulatorial de adolescentes**. Argentina: FUSA 2000 Editora, 1992.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição (1988)**. Brasília, 1988a. 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986** / Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 137p.

BUISCHI, V.P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. APCD, 2000.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES). Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipes.asp?VEstado=31&VMun=311800&VComp=>](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=31&VMun=311800&VComp=>). Acesso em 30 de mai de 2010.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – **CNSB 2004**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php)>. Acesso em 29 de maio, 13:22.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL – **DATASUS 2010**. Disponível em <<http://datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em 23 de mai. 15:36.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL – **DATASUS**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipemg.def>> Acesso em 23 de mai. 16:36.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL **DATASUS**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/datasus/index.php>> Acesso em 26 out. 2009. 14:36

FILHO, Almeida. **Epidemiologia em números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro. Editora Campos: 1989.

FILHO, N. Almeida. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador. APCE: 1992.

FARIA, H; WERNECK, M; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F; **Módulo I: Processo de trabalho em saúde do Curso de Especialização em Atenção B**; Belo Horizonte:

Nescon UFMG, Coopmed; 2008.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde.** In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999.

FRENKEN, J.E.; HOLMGREN, C.J. **Tratamento Restaurador Atraumático (ART) para a cárie dentária.** São Paulo: Ed Santos, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 out. 2009. 19:12

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer Infantil.** 2001. Disponível na Internet. [www.inca.org.br/cancer/tipos/infantil.html](http://www.inca.org.br/cancer/tipos/infantil.html). Acesso em: 26 out 2009. 16:03.

KUHN, E. **Promoção de Saúde Bucal em Bebês Participantes de um Programa Educativo-Preventivo na cidade do Paraná,** 2002.

**MINAS GERAIS.** Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA; COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: **Política Nacional de Saúde Bucal;** Brasília, 2004

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1988. **Declaração de Adelaide.** In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública** (P. M. Buss, org.), Rio de Janeiro: ENSP.

ODONTO JR. USP. Disponível em <http://www.fo.usp.br/odontojr/saudebucal.htm>. Acesso em: 25 out. 2009. 22:35

PAIM, J. S. **A Reforma sanitária e os modelos assistenciais.** In: **Epidemiologia & Saúde,** 5. ed. ROUQUAROL, M. Z. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p 473-487.

PALMIER, A.C; FERREIRA, E.F; MATTOS, F; VASCONCELOS, M. **Módulo Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde – Saúde do Adulto;** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2008

PEREIRA RAG, et al. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família – Salvador:** Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2003; (2)183p.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de Gestão: da Municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 2004.

PINTO, V.G. **Odontologia Social e Preventiva.** São Paulo, 2000.

PINTO, L. R.; BONAN, R.F.; GARCIA, P.P.R.S. **Conhecimento sobre cárie e doença periodontal: Avaliação de adolescentes pertencentes à rede privada de ensino.** Rev. Odontol UNESP, v. 33, n. 3, p. 137-142, set/out, 2004.

ROESCH, S.M.A. **Projetos de estágio do curso de administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalho de conclusão de curso.** São Paulo: Atlas, 1996.

ROESCH, S. M. A. **Projeto de Estágio e de Pesquisa em Administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso.** 3ª ed, São Paulo: Editora Atlas, 2005.

RUZANY, M.H.; SZWARCOWALD, C.L., **Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto;** Adolesc. Latinoam., vol.2, no.1, Porto Alegre, June, 2000.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – **SIAB** - da Secretaria Municipal de Saúde do município de Congonhas/MG. Acesso em 27 de junho de 2008.

VALENTE, M.S.G., **Saúde Oral na Adolescência,** Adolesc. Latinoam., vol.3, Porto Alegre, oct/dec, 1998.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração,** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2005.