

FRANCISCO HUMBERTO COLMANETTI

**REVISÃO DE LITERATURA PARA CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE  
ABORDAGEM SÓCIO-ODONTOLÓGICA E SÓCIO-PSICOLÓGICA, NAS AÇÕES  
DE SAÚDE BUCAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF CAPELINHA/BAIXA,  
UBERABA, MINAS GERAIS.**

UBERABA-MG

2010

FRANCISCO HUMBERTO COLMANETTI

**REVISÃO DE LITERATURA PARA CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE  
ABORDAGEM SÓCIO-ODONTOLÓGICA E SÓCIO-PSICOLÓGICA, NAS AÇÕES  
DE SAÚDE BUCAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF CAPELINHA/BAIXA,  
UBERABA, MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

UBERABA-MG

2010

FRANCISCO HUMBERTO COLMANETTI

**REVISÃO DE LITERATURA PARA CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE  
ABORDAGEM SÓCIO-ODONTOLÓGICA E SÓCIO-PSICOLÓGICA, NAS AÇÕES  
DE SAÚDE BUCAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF CAPELINHA/BAIXA,  
UBERABA, MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Às comunidades da Capelinha e Baixa onde exerço meu trabalho.

Aos meus colegas de trabalho e colaboradores da Equipe de Saúde da Família  
Capelinha/Baixa.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, a minha família e aos que me incentivaram e colaboraram para que este trabalho se realizasse.

## **Epígrafe**

"Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar."

ANATOLE FRANCE

## **Resumo**

Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para a Equipe de Saúde da Família Capelinha/Baixa, que atua na zona rural da cidade de Uberaba, MG, tendo em vista a mudança de paradigma no processo de trabalho na saúde em nosso país incorporando no dia a dia a proposta do Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de uma revisão de literatura, buscou-se ampliar a visão de saúde levando em consideração a autopercepção dos usuários bem como os aspectos ambiental, social, econômico, cultural e de educação no que diz respeito à saúde bucal na nossa área de abrangência, e não apenas a visão biológica e tecnicista das enfermidades que afetam a cavidade bucal, que ainda predomina, colaborando no conhecimento do processo saúde-doença. O estudo provocou questionamentos quanto as condições de atendimento em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), e da necessidade de oferecer melhores condições de acessibilidade e universalidade; maior e melhor controle social, através da mobilização da comunidade para a participação mais ativa no conselho local de saúde, possibilitando a melhora no conhecimento das necessidades e anseios de nossa população adscrita, a respeito de suas expectativas e necessidades para a efetiva transformação da nossa realidade .

## **Abstract**

This study aimed to develop an intervention proposal for the Family Health Team Little Chapel / Low, who works in the rural city of Uberaba, Minas Gerais, in view of the paradigm shift in the process of working on incorporating health in our country on the day the proposal of the Ministry of Health through the National Health System (SUS). From a literature review, we sought to extend the vision of health taking into account the perception of users as well as the environmental, social, economic, cultural and education regarding oral health in our coverage area, and not just the technicality of biological vision and diseases affecting the oral cavity, which still prevails, working knowledge of the health-illness. The study led to questions about the conditions of service in our Basic Health Unit (BHU), and the need to provide better accessibility and universality; bigger and better social control, by mobilizing the community for more active participation in local council health, provides an improvement in knowledge of the needs and desires of our registered population, about their expectations and needs for the effective transformation of our reality.



## **LISTA DE SIGLAS**

SUS- Sistema Único de Saúde

UBSs- Unidades básicas de saúde

CODAU- Centro operacional de desenvolvimento e saneamento de Uberaba

ESF- Equipe de saúde da família

SIAB- Sistema de informação de atenção básica

CPO-D- Unidade de dente cariado, perdido e obturado

GOHAI- Índice de avaliação da saúde oral geriátrica

CPU- Unidade central de processamento

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1. Distribuição da população segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Capelinha/Baixa, 2008

1	Introdução .....	12
2	Objetivos .....	13
2.1	Objetivo Geral.....	13
2.2	Objetivo específico .....	13
3	Metodologia .....	14
3.1	Percurso Metodológico .....	14
3.1.1	Diagnóstico situacional .....	14
3.1.1.1	Localização .....	14
3.1.1.2	Aspectos demográficos .....	15
3.1.1.3	Aspectos ambientais .....	16
3.1.1.4	Aspectos sócio-econômicos.....	16
3.1.1.5	Recursos de saúde .....	17
4	Revisão da Literatura.....	19
4.1	Autopercepção de saúde bucal .....	19
4.2	Percepção dos usuários quanto ao serviço odontológico.....	20
4.3	Diferenças na abordagem e percepção de saúde bucal nos ciclos de vida.....	22
5	Discussão.....	23
5.1	Autopercepção de saúde bucal .....	24
5.2	Percepção do usuário quanto ao serviço odontológico.....	24
5.3	Diferenças na abordagem e percepção de saúde bucal nos ciclos de vida.....	26
6	Considerações Finais .....	28
8	REFERÊNCIAS.....	33

## 1 INTRODUÇÃO

Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), Lei 8080 de 1990, e a inserção da Equipe de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família em 2004, deparamos com uma nova visão na relação saúde doença na saúde bucal, onde o aspecto biológico da doença cárie dentária e a intervenção curativa deveriam dar lugar às práticas voltadas com mais prioridade à promoção e prevenção realizando uma mudança no paradigma de atenção à saúde bucal.

Para que se consiga esta mudança tão desejada, de grande importância para nossa população é necessário que os profissionais trabalhem em sintonia com as pessoas que buscam o serviço de saúde nas UBSs (Unidades Básicas de Saúde). Sob esse aspecto torna-se necessário identificar seus anseios e desejos, demanda acumulada, necessidades reconhecidas, satisfação com os serviços prestados, importância da saúde bucal para sua vida diária etc.

Neste sentido, a abordagem sócio-odontológica e sócio-psicológica em odontologia diz respeito a informações que vão além de dados clínicos sobre a dor de dente na vida dos indivíduos, condições de saúde bucal e seu impacto na vida diária. Devemos observar não apenas as necessidades ditadas exclusivamente pelo profissional na saúde bucal das pessoas e sim incorporar na abordagem do indivíduo sua perspectiva subjetiva, os determinantes sociais da doença, tais como o meio em que vivem, os hábitos e costumes da população em questão em relação à sua saúde bucal, atendendo seus desejos e anseios (PALMIER *et al.*, 2009).

Enfim, se a saúde das pessoas, em um dado local e em um dado momento, são dependentes do espaço social onde vivem estas pessoas, obedecendo um processo historicamente construído, a organização dos serviços de saúde deverá sempre levá-los em conta, para que os diagnósticos, a definição das prioridades e formas de atuação sejam mais justas, adequadas e eficazes. Os serviços não devem considerar somente os aspectos biológicos das doenças. É necessário saber onde, em quem e por que as enfermidades ocorrem. Torna-se necessário conhecer as condições em que vivem as pessoas acometidas, a importância por elas atribuídas às doenças e prováveis fatores que determinam e condicionam seu aparecimento e manutenção (FARIA *et al.*, 2008), já que o ser humanizado pode ser considerada, sob vários aspectos, fruto do meio onde vive e sobrevive e subtrai seu sustento.

Diante disto, este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre abordagem sócio–odontológica e sócio-psicológica em odontologia, para construção de uma proposta de intervenção que racionalize o processo de trabalho segundo tais perspectivas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Buscar junto à literatura dados que subsidiem uma proposta de intervenção para racionalização do processo de trabalho de modo a atender as expectativas e anseios da população em relação à saúde bucal.

### **2.2 Objetivo específico**

Planejar ações no sentido de estimular o autocontrole, reflexão, auto-estima, a participação da comunidade em atividades de prevenção e promoção de saúde bucal, despertando o sentimento de indignação frente ao conformismo habitual, através de atividades educativas.

### **3 METODOLOGIA**

O trabalho de conclusão de curso é uma atividade científica de sistematização e aprofundamento do conhecimento sobre um objeto de estudo ou problema relacionado a determinado curso (BRANDÃO, 2009).

#### **3.1 Percurso Metodológico**

Na oportunidade em realizar o curso de especialização em saúde da família participando do desenvolvimento dos vários módulos de estudo, todos de muita relevância para os profissionais que atuam na área, o módulo de Saúde Bucal do adulto me despertou particular interesse e também certa curiosidade ao deparar com o tema dos aspectos sócio odontológico e sócio psicológico, que envolvem pessoas, grupos e comunidades.

Identifiquei nesta parte do estudo algo que poderia levaria a compreender melhor o comportamento das pessoas em relação aos cuidados, ou descuidos com a saúde bucal, e que poderiam auxiliar meu trabalho nas comunidades onde presto serviços, de uma maneira mais racional. Um primeiro passo neste sentido foi a elaboração do diagnóstico situacional da população adstrita.

##### **3.1.1 Diagnóstico situacional**

###### **3.1.1.1 Localização**

A Equipe Saúde da Família Capelinha/Baixa tem sob sua responsabilidade duas comunidades distintas, Capelinha do Barreiro e Comunidade da Baixa, ambas localizadas na zona rural. Ao norte faz limite com o Rio Uberaba, ao sul com a cidade de Delta, a leste fica o Bairro Beija-Flor, na periferia de Uberaba, e a oeste a cidade de Conceição das Alagoas. A comunidade da Capelinha do Barreiro teve como início de sua formação a doação de patrimônio, costume muito comum no passado de Minas Gerais, e o Bairro da Baixa surgiu por volta do ano de 1904 com a

instalação de posseiros no local. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

### 3.1.1.2 Aspectos demográficos

A área de abrangência conta atualmente com uma população de aproximadamente 2800 habitantes, atendida por uma única equipe de Saúde da Família, presente dois dias da semana em cada comunidade, 09 microáreas, 05 na Capelinha e 04 no Bairro da Baixa.

Na última administração, houve investimento público nas comunidades (reforma das escolas, construção de uma nova UBS, ginásio de esporte etc.) em função da pressão da Associação dos moradores e de membros do Conselho Municipal de Saúde, melhorando as condições de trabalho e atendimento aos usuários.

Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundárias (como por exemplo o SIAB), entrevistas com informantes-chave e observação ativa.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF CAPELINHA/BAIXA, 2008.

Faixa Etária	2008	
	Nº	%
Menor 1 ano	28	0,97
1 a 4 anos	152	5,29
5 a 9 anos	250	8,71
10 a 14 anos	256	8,91
15 a 19 anos	210	7,31
20 a 49	1221	42,54
50 a 59 anos	340	11,84
60 anos e +	397	13,83
Total	2870	100

Fonte- SIAB (2008)

### **3.1.1.3 Aspectos ambientais**

O abastecimento de água da comunidade é feito pelo CODAU, através de poço artesiano e analisada duas ou três vezes na semana. Nas fazendas e sítios as pessoas utilizam, mais comumente, água proveniente de poço ou nascente, que são armazenadas em caixas de cimento ou amianto, não recebendo na maioria das vezes tratamento algum. A estrutura de saneamento básico na comunidade é satisfatória, sendo o esgoto doméstico armazenado em caixas de concreto denominadas fossas sépticas. Este material recebe tratamento de profissionais do setor competente da prefeitura, e é recolhido quando há necessidade devido ao acúmulo. Na comunidade, chácaras próximas da cidade e em algumas fazendas perto das rodovias o lixo é depositado em caçambas colocadas pela prefeitura e recolhidos duas vezes na semana. Nos sítios e fazendas mais distantes é comum enterrar ou queimar o lixo acumulado. A maioria das pessoas da área de abrangência vivem em moradias precárias, sendo a grande maioria provida de energia elétrica, e são próprias, alugadas ou cedidas pelos patrões, nas fazendas, e às vezes com um número grande de pessoas numa mesma casa, facilitando a disseminação de doenças contagiosas como a catapora e outras enfermidades, atingindo de maneira mais acentuada as crianças.

### **3.1.1.4 Aspectos sócio-econômicos**

A população empregada vive, basicamente, do trabalho braçal, tratorista, vaqueiro, diarista e serviços gerais na sua maioria trabalho formal. Apenas uma minoria trabalha no distrito industrial localizado próximo ao Bairro da Baixa, pois a mão de obra é pouco especializada. Há um grande número de desempregados e subempregados. Além disso, é observado o trabalho de adolescentes e idosos, mesmo aposentados.



### **3.1.1.5 Recursos de saúde**

A unidade de saúde da Capelinha do Barreiro foi inaugurada no mês de Setembro de 2006 e está situada ao lado da igreja e na rua dos fundos da escola. A unidade de saúde foi construída em parceria com a Usina de Cana de açúcar Caeté.

A UBS é nova e bem conservada, sua área pode ser considerada adequada, considerando a demanda e a população coberta (1.880 pessoas), o espaço físico é bem aproveitado.

A área destinada à recepção é boa, embora fique um pouco tumultuada nos dias em que o médico vai atender, pois são apenas duas vezes na semana e isto cria uma demanda espontânea maior nestes dias dificultando o atendimento da recepção, gerando insatisfação de usuários e profissionais de saúde.

Embora considerada adequada no tamanho, não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza um salão, nos fundos do cômodo comercial de um morador da comunidade para os grupos de saúde. Às vezes esta atividade é realizada na escola, como no grupo de adolescentes.

A unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Possui mesa, dois glicosímetros, um fica na unidade o outro é utilizado nas visitas domiciliares, dois nebulizadores sendo que um deles pode ser emprestado para os clientes que moram nas fazendas e não podem ir à UBS nos horários estabelecidos para sua utilização. Porém há instrumental cirúrgico para pequenas suturas e curativos em quantidade insuficiente, havendo eventualmente necessidade do deslocamento do cliente para uma unidade de pronto atendimento.

Um fato que está causando polêmica e muito descontentamento por parte da comunidade da Capelinha, é a falta da ambulância que não está assistindo os usuários. Pelo fato de ser uma ESF de zona rural, muitos usuários que não têm condições de utilizar o transporte coletivo para o tratamento necessitam da ambulância para seu deslocamento. Na sua falta um veículo que é

utilizado para visitas dos agentes têm que ser disponibilizado para estes clientes, interferindo na organização do trabalho da equipe. Após ter ocorrido um acidente com a ambulância a cerca de três meses, esta não voltou até momento. A falta desta constituiu um foco de tensão importante entre a equipe de saúde, coordenação da ESF e o gestor municipal da saúde.

A equipe recebeu computadores, que facilitou a referência para os demais níveis assistenciais. A contra-referência também deixa muito a desejar, tanto na parte médica quanto odontológica.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

Para este trabalho de conclusão de curso adotou-se a modalidade de revisão bibliográfica narrativa, a qual subsidiará a construção de uma proposta sócio odontológica de intervenção na ESF Capelinha Baixa, em Uberaba, MG.

Foram pesquisados artigos de revistas científicas utilizando banco de dados eletrônicos disponíveis na Internet, incluindo aquelas disponíveis nas bases de dados Scielo e Lilacs, dados do sistema de informação em saúde como SIAB, dentre outros.

Foram selecionados artigos de trabalhos realizados em populações com características similares a população residente na área de abrangência da ESF Capelinha/ Baixa, de forma que as informações geradas por esta revisão possam contribuir na construção de práticas de promoção de saúde bucal direcionadas a indivíduos que residem em locais com características.

### **4.1 Autopercepção de saúde bucal**

Na atualidade, considerando a saúde como sendo dependente de segurança, habitação, lazer, renda, educação de qualidade, meio ambiente preservado etc, devemos observar não apenas as necessidades ditadas exclusivamente pelo profissional na saúde bucal das pessoas e sim incorporar na abordagem do indivíduo sua perspectiva subjetiva em relação à sua saúde bucal, atendendo seus desejos e anseios, Palmier *et al* (2009).

Nessa mesma linha de pensamento Carneiro (2001) realizou uma pesquisa de percepção em saúde bucal com pessoas da área rural, levando em consideração os aspectos subjetivos dos indivíduos quanto a esta percepção, servindo para a construção de um instrumento de reflexão e compreensão sobre o processo saúde doença bucal. Ressalta ainda que, frente às necessidades expressas por esse grupo de pessoas, seria importante repensar a prática em saúde sob o enfoque renovado da promoção da saúde, onde se torna fundamental a efetiva participação da população e dos profissionais de saúde em uma ação que, a todo tempo, fosse mediada pelo respeito ao outro e pelo diálogo.

Neste sentido, a inserção da Saúde Bucal na Equipe de saúde da Família foi avaliada concluindo-se que trouxe alguns avanços, porém há necessidade de passar por um processo de reavaliação para atingir os fundamentos preconizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde): equidade, universalidade, controle social, integralidade e resolutividade (MULKEVIZ, 2009).

#### **4.2 Percepção dos usuários quanto ao serviço odontológico**

Mesquita *at al*, (2009) relatam que a autoavaliação do impacto da saúde bucal segundo variáveis como idade, condições socioeconômicas, escolaridade, situação da dentição, utilização de serviços odontológicos e hábitos de higiene bucal, geram informações que deveriam ser consideradas no planejamento das ações em saúde bucal.

Considerando o acesso aos serviços de saúde um fator fundamental para um atendimento eficiente, a avaliação pelo usuário é um importante indicador de qualidade. Com o objetivo de analisar o acesso e os serviços de saúde bucal segundo a visão dos moradores da Vila Rural Serra dos Dourados, situada no município de Umuarama/PR, foi aplicado um questionário contendo 07 questões, abordando há quanto tempo tinha sido a última consulta ao dentista, o local, o motivo, a avaliação do atendimento, educação sobre saúde e satisfação com as informações recebidas. A amostra foi constituída de 54 adultos e os dados obtidos revelaram que a maioria (94,5%) já tinha ido ao dentista e boa parte (41%) não procurava o profissional há mais de 3 anos. O serviço público foi a principal via de acesso para os serviços (52%). Os principais motivos pela procura de atendimento foram presença de cavidades (41%) ou dor nos dentes (31%). Concluiu-se que os moradores já tiveram acesso ao consultório do dentista algum dia, mas, infelizmente, para a realização de tratamentos do tipo invasivo. (MIALHE, 2006).

Uma avaliação da saúde bucal na perspectiva do usuário foi realizada por Castro (2007) dando ênfase na acessibilidade organizacional. A partir dos dados coletados identificou-se que 12,9% da população nunca visitaram o dentista, e que a procura pelo serviço foi influenciada pelas características individuais e socioeconômicas dos usuários, com exceção do gênero. Verificou-se que 36,1% dos usuários buscaram o dentista em menos de um ano, estando os mais jovens entre aqueles que buscam o dentista com quando da busca pelo atendimento odontológico, estando as

dificuldades para agendamento, a existências de filas e longa espera entre os mais citados. Foi identificado que 43,2 % dos usuários esperam 3 semanas ou mais pelo atendimento. Destaca-se ainda que 71,4 % dos entrevistados encontram dificuldades para conseguir atendimento de urgência, sendo a longa espera pela consulta a mais citada. 92,9 % e 94,1 % dos entrevistados nunca foram encaminhados para realização de consultas mais especializadas e exames complementares, respectivamente.

Freddo *et al* (2008) investigaram a associação entre hábitos de higiene bucal e utilização dos serviços odontológicos, fatores sócio-demográficos e relacionados ao estilo de vida em amostra representativa de 1.170 escolares de 7ª série do ensino municipal de Gravataí. A associação entre os desfechos e sexo; cor da pele; inserção sócio-econômica; estilo de vida sedentário; uso de álcool e tabaco; e consumo de balas, refrigerantes e chocolates foram investigados. Entre os jovens estudados, 77,8 % escovavam os dentes > 3 vezes/dia, 31,9 % utilizavam fio dental, 68,9 % visitavam o dentista anualmente e 50 por cento consultaram por motivo curativo. As meninas apresentaram maior frequência de escovação do que os meninos. Os jovens com baixa inserção sócio-econômica, os com estilo de vida sedentário e os que experimentaram tabaco apresentaram menor uso diário de fio dental e consultas odontológicas anuais, e mais consultas curativas. O consumo de balas associou-se à menor utilização de serviços odontológicos e o de refrigerantes à maior frequência de consultas curativas. O estilo de vida saudável associou-se com melhores hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos.

A oferta e utilização de serviços odontológicos em uma população ribeirinha no estado do Amazonas foram avaliados por Cohen-Carneiro *et al* (2009). A coleta de dados sobre frequência de utilização de serviços de saúde bucal, através de entrevistas estruturadas com indivíduos acima de 18 anos, e dados sobre oferta de serviços foram obtidos por entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave. Revelou-se a dificuldade na acessibilidade desta população em relação aos serviços ofertados, além da pouca oferta de serviço e a falta de atenção com promoção e prevenção dando ênfase ao tratamento da dor e extração de dentes.

Tobias *et al* (2008) investigaram a prevalência da cárie dentária em municípios inseridos no contexto amazônico, investigou-se a prevalência e necessidade de tratamento da população de crianças de 12 anos de Rio Preto da Eva, segundo o sexo e o tipo de localidade (rural e urbana). Para tanto, a amostra foi constituída por 344 crianças nas residências e escolas na zona rural e

urbana do município. No índice CPO-D, observou-se o predomínio de dentes cariados. O percentual de crianças livres de cárie nas zonas urbana e rural foi de 12,5 e 13,6, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos e os tipos de localidade. Constatou-se que na zona rural existem cerca de duas vezes mais dentes com necessidade de tratamento do que na zona urbana. O tratamento restaurador representou a maior necessidade de tratamento desta população (86,2 por cento).

Fadel e Saliba (2009) pesquisaram a importância de determinantes sociais da doença cárie dentária como, influência do meio, aspecto sócio-econômico e frequência ao cirurgião dentista, escolaridade, renda e número de filhos, concluindo que sob os pontos averiguados a não inserção materna é um fato desfavorável que leva a uma maior experiência de cárie dentária em crianças.

#### **4.3 Diferenças na abordagem e percepção de saúde bucal nos ciclos de vida**

Magalhães *et al* (2009) propôs um conjunto de estratégias educativas-preventivas que proporcionariam aos profissionais de saúde, médicos e dentistas, a elaboração de um guia prático para a geração e manutenção da saúde bucal em bebês.

Granville-Garcia *et al*,(2009) ressaltam que a percepção de escolares adolescentes em relação à saúde bucal, mostrou que a maior parte deles tinham recebido orientação sobre escovação, uso do fio dental, tipo adequado de escova, frequência ao dentista, e a variável gênero apresentou influência na frequência de escovação e no motivo da visita ao cirurgião dentista.

Estudo semelhante foi realizado por Orsi *et al* (2009) em estudantes que participavam de um programa educativo preventivo. Sobre a transmissibilidade da cárie, 39,1% responderam que a cárie é doença, mas não é transmitida. A maioria dos entrevistados, 88,6%, usa sua própria escova para escovar os dentes. Sobre o uso do fio dental 41,97% dos entrevistados responderam que é para remover restos de alimentos e placa bacteriana entre os dentes. Quando questionados sobre a utilidade do uso do flúor 53,62% responderam que é para evitar que os dentes tenham cárie.

Moimaz *et al* (2009) relatam em seu trabalho de investigação do processo de envelhecimento que a ausência de dentes é um fator desencadeante de sensações negativas de auto-estima nas pessoas podendo levar a dificuldades de relacionamento social.

Ferreira *et al* (2007) pesquisou o impacto psicossocial e funcional da condição de saúde bucal em pacientes idosos hospitalizados de longa permanência, seus resultados permitiram identificar que o uso de prótese total não melhorou o impacto psicossocial e funcional avaliado, portanto a manutenção de maior número de dentes deve ser a meta para melhora da qualidade de vida dos idosos.

Outro estudo utilizando o índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) com a finalidade de avaliar a autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais foi realizado por Lima *et al* (2007) percebendo que a auto-avaliação sobre as condições de saúde bucal dos idosos estudados foi favorável, porém a maioria apresentava dificuldades para mastigar alguns alimentos demonstrando a necessidade de melhor orientação sobre saúde bucal.

A perda dentária sob a ótica do idoso foi objeto de estudo de Piuvezam *et al* (2006) com dois grupos diferentes, onde foi justificada a dor como motivo da perda dos dentes e as dificuldades sócio econômicas, demonstrando ainda a uma estreita relação entre a pobreza, o acesso à saúde e à educação e estética, confirmando no discurso do senso comum a associação entre a perda dentária e o envelhecimento.

## **5 DISCUSSÃO**

### **5.1 Autopercepção de saúde bucal**

Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) fortaleceu-se a idéia de que o caminho para as condições de melhora de saúde da população seria trabalhar mais intensamente a promoção e prevenção nas várias categorias de profissionais desta área.

Na promoção de saúde uma estratégia que pode ser utilizada é a autopercepção da saúde que as pessoas têm, que é de fundamental importância, pois considera não apenas o aspecto normativo do tratamento ditado pelo profissional, mas também a subjetividade do usuário, o que pode levar a um melhor planejamento das ações e a utilizações de estratégias mais adequadas pela Equipe de Saúde da Família alcançando um resultado melhor do trabalho realizado.

Um aspecto que guarda relação com a autopercepção é o controle social, tornando as comunidades mais participativas nas tomadas de decisões e apresentando sugestões para a melhoria dos serviços prestados pelos profissionais e gestores da saúde pública. A partir da leitura de trabalhos como de Palmier (2009) e Carneiro (2003) fica claro a importância dos fatores sociais em relação a autopercepção de sua saúde bucal. Estes fatores tem impacto nas ações de promoção de saúde, portanto, fica claro que tais fatores devem ser considerados quando da elaboração de propostas de promoção de saúde para a população. Dentre os fatores que afetam a percepção do usuário destacam-se a autoavaliação de sua saúde bucal e como esta influencia em sua qualidade de vida dependendo de suas necessidades e condições. Segundo Mesquita *at al*, (2009), idosos, edentados, pessoas com necessidade de uso de prótese têm impacto negativo na qualidade de vida, isto demonstra que se deve dar mais valor ao trabalho preventivo nas Equipes de saúde bucal na Estratégia de saúde da família melhorando os indicadores de saúde bucal nas áreas adscritas.

## **5.2 Percepção do usuário quanto ao serviço odontológico**

Um dos problemas diz respeito a acessibilidade aos serviços de saúde, que é uma barreira que os usuários enfrentam, particularmente na zona rural. Muitos não têm condições econômicas favoráveis, não possuindo um meio de transporte próprio para a utilização dos serviços de saúde no momento adequado, o que resulta na utilização dos serviços apenas para atendimento de emergência resultando na perda precoce dos elementos dentários, tornando-se candidatos ao uso de próteses totais em potencial.

Esta situações podem favorecer a realização de tratamentos do tipo invasivo como descrito por Mialhe (2006) no lugar da promoção e prevenção da saúde bucal.



Além da barreira geográfica e sócio econômica que tornam difícil o acesso aos serviços públicos odontológicos há também, segundo Castro (2007) problemas organizacionais, como longo tempo de espera para o atendimento, dificuldade para agendamento e presença de filas, ocasionando um transtorno para o usuário, além da falta de comodidade adequada que há nas unidades de saúde devido à total falta de espaço físico para a acomodação dos profissionais e usuários.

Outro fator que interfere na acessibilidade é a pouca oferta de serviço odontológico em determinadas localidades como citado por Cohen-Carneiro *et al* (2009).

Particularmente na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Capelinha/Baixa existe cerca de 20% de usuários que tem grande dificuldade de acesso à unidade de saúde não podendo desfrutar dos serviços oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família o que resulta em atendimento de urgência nos locais de pronto atendimento, dando ênfase ao tratamento da dor e extração de dentes.

A questão do acesso ao serviço de saúde bucal e seu reflexo em determinadas localidades é descrita na literatura em estudos como o de Tobias *et al* (2008) que relatam na zona rural houve duas vezes dentes com necessidades de tratamento que na zona urbana, sendo que o tratamento restaurador representou cerca de 82,6% das necessidades observadas.

A identificação dos determinantes sociais da cárie dentária tem uma influência bastante grande no risco à cárie dentária. Dos fatores pesquisados por Fadel e Saliba (2009) a escolaridade é destacada como um dos fatores principais.

Como a Equipe de Saúde da Família Capelinha/Baixa é uma equipe da zona rural, a baixa escolaridade pode ser um fator que dificulte a assimilação das informações prestadas pelos profissionais da ESF na ocasião da realização das visitas domiciliares, resultando na baixa eficácia das ações de prevenção e promoção de saúde bucal.

### **5.3 Diferenças na abordagem e percepção de saúde bucal nos ciclos de vida**

Os ciclos de vida das pessoas exigem diferentes tipos de abordagem como forma de prevenção e promoção das doenças do meio bucal.

O trabalho realizado por Magalhães *et al* (2009) apresentou importantes estratégias que podem ser utilizadas para promoção e prevenção na primeira infância como o conhecimento da transmissibilidade de bactérias para os bebês, em especial a formadora da cárie, a necessidade da orientação para as gestantes e o uso do flúor como fator de prevenção da cárie dentária.

O estudo realizado por Granville-Garcia (2009), e o de Orsi *et al* (2009) podem dar uma direção na condução da avaliação do conhecimento que escolares possuem sobre prevenção e promoção em saúde bucal.

Moimaz *et al* (2009) e Ferreira *et al* (2007) trazem informação de grande valor, sobre saúde bucal dos idosos levando a refletir na construção de estratégias que possam mudar o panorama observado.

Lima *et al* (2007) utilizando como instrumento de pesquisa o índice GOHAI avaliou dentre outras, a a autopercepção em relação a dimensão função oral e a seleção de alimentos em idosos portadores se prótese total. Ao contrario dos relatos de Moimaz *et al* (2009) e Ferreira *et al* (2007), a maioria das pessoas entrevistadas não sentiam dificuldade na alimentação e nunca limitaram seus contatos pessoais devido às condições bucais embora, 53,4% disseram ter dificuldade de mastigar pelo menos um tipo de alimento. Problemas relativos a mastigação tem sido observado pela ESF Capelinha/Baixa em conversas informais durante as visitas domiciliares, idosos que sofreram perda de grande parte dos elementos dentários encontram muita dificuldade na alimentação, muitas vezes possuem uma dieta inadequada às suas necessidades. Tal fato mostra a importância dos profissionais da saúde bucal desenvolverem seu trabalho na direção da promoção e prevenção para que num futuro não muito distante haja uma mudança deste quadro.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma forma geral, podemos considerar que a partir dos trabalhos consultados fica claro que a autopercepção pode contribuir para a elaboração de uma proposta de promoção de saúde centrada na compreensão dos usuários em relação à saúde bucal. Para a proposta de um novo paradigma de atenção em saúde bucal torna-se necessário identificar a visão que o usuário possui do que é, e o que significa para ele sua saúde bucal, quais seus desejos e anseios.

A acessibilidade é um fator que tem influência nesta percepção, a falta desta tem como consequência a procura do serviço somente nos momentos de dor resultando, ainda nos dias de hoje, em perdas dentárias evitáveis e precoces. Além disso, ocorre também um acúmulo de necessidades de tratamento, sobrecarregando os profissionais tanto da atenção básica quanto das especialidades, resultando em agendas lotadas e insatisfação do usuário.

O acesso destes usuários ao serviço é uma deficiência que identificamos na área de abrangência da ESF sendo um dos principais entraves para a melhora nos indicadores da saúde bucal, necessitando de ações que visem a solucioná-las.

A revisão de literatura demonstrou a necessidade de estratégias diversificadas nos diferentes ciclos de vida, pois há mudanças nas enfermidades bucais que acometem as pessoas no decorrer de suas vidas. Por exemplo, a periodontite crônica é mais comuns na meia idade, já a cárie dentária tem menor incidência em crianças, aumentando paulatinamente no decorrer da vida das pessoas e dependendo do acesso ao serviço odontológico, poderá chegar na idade adulta com um grande número de dentes cariados, perdidos ou obturados. Além disso, poderá ainda na terceira idade ter a ausência de vários dentes e até a perda completa dos mesmos, levando às consequências já mencionadas na percepção da saúde bucal nos ciclos de vida acima citados.

Percebe-se assim a necessidade de trabalhar soluções de promoção e prevenção durante todos os ciclos de vida de forma a preservar a dentição, para que na velhice não sofram dificuldades na mastigação de determinados alimentos, baixa auto-estima, alimentação aquém das suas necessidades e limitação de seus contatos pessoais devido às condições bucais.

## **7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **Título**

Construção de uma proposta para mudança no paradigma da atenção em saúde bucal na atenção básica dentro da Estratégia Saúde da Família, na área de abrangência da ESF Capelinha/Baixa, Uberaba, Minas Gerais.

### **Grupo de trabalho**

Participarão deste trabalho os agentes comunitários de saúde da ESF Capelinha /Baixa e a equipe de saúde bucal.

### **Apresentação**

Com o propósito de provocar uma mudança no paradigma da atenção em saúde bucal na atenção básica dentro da Estratégia Saúde da Família, faz-se necessário avaliar a percepção de cada indivíduo com relação ao atual sistema de saúde bucal. Com este intuito será elaborado e posteriormente, aplicado um questionário, junto aos usuários dos serviços de saúde da ESF Capelinha/Baixa, buscando respostas quanto à opinião desses indivíduos de como ele percebe a importância da saúde bucal, índice de satisfação com os serviços prestados, acesso às unidade de saúde e outros.

As informações coletadas serão analisadas pelos multiprofissionais da ESF e por membros da comunidade Capelinha/Baixa, e servirão de ponto de partida para traçar ações de promoção, prevenção e tratamento em saúde bucal. Com a realização deste levantamento, teremos excelente instrumento para buscar também, junto aos gestores apoio para melhorias nas condições de atendimento da atenção básica em saúde bucal.

## **Objetivo**

Levantar a visão que o usuário tem de sua saúde bucal, dos serviços prestados, seu grau de satisfação e suas dificuldades de acesso aos serviços disponíveis na unidade de saúde de sua área adscrita.

## **Público-alvo**

Usuários cadastrados na área de abrangência da ESF Capelinha/Baixa.

## **Justificativa**

Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), Lei 8080 de 1990, e a inserção da Equipe de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família em 2000, deparamos com uma nova visão na relação saúde doença na saúde bucal, onde o aspecto biológico da doença cárie dentária e a intervenção curativa deveriam dar lugar às práticas voltadas com mais prioridade à promoção e prevenção realizando uma mudança no paradigma de atenção á saúde bucal.

Para que se consiga esta mudança tão desejada, de grande importância para nossa população é necessário que os profissionais trabalhem em sintonia com as pessoas que buscam o serviço de saúde nas UBSs (Unidades Básicas de Saúde). Sob esse aspecto torna-se necessário identificar seus anseios e desejos, demanda acumulada, necessidades reconhecidas, satisfação com os serviços prestados, importância da saúde bucal para sua vida diária etc.

## **Metologia**

Aplicação de questionário junto à população-alvo e elaboração de ações de promoção de saúde para a comunidade.

## **Plano de ação**

Etapa 1 - Elaboração de questionário pela equipe de multiprofissionais da ESF Capelinha/Baixa.

Etapa 2 - Aplicação de questionário piloto a informantes chaves da comunidade para que possam ser realizadas possíveis adaptações do instrumento (indicados pelas ACS).

Etapa 3 – Aplicação do questionário junto à comunidade no prazo de 04 meses. Este trabalho será realizado pelos agentes comunitários e equipe de saúde bucal da UBS.

Etapa 4 - Análise das respostas obtidas, realizada pela equipe multiprofissional da ESF Capelinha/Baixa. Prazo para realização: 02 meses.

Etapa 5 - Socialização com a comunidade e a Equipe de Saúde da Família em reuniões com datas pré-estabelecidas. Prazo de duração: 02 meses.

Etapa 6 - Traçar propostas de intervenção com a participação da ESF e comunidade. Prazo: 03 meses.

Etapa 7 - Apresentação das ações propostas à comunidade e Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde. As ações autorizadas serão monitoradas e avaliadas a cada três meses.

Etapa 8 - Elaborar um instrumento de avaliação e aplicar junto aos usuários para verificação da satisfação em relação às ações desenvolvidas na proposta de intervenção.

## **Recursos necessários**

Para implantação da proposta será necessário a disponibilização de transporte para visitas domiciliares dos agentes comunitários e equipe de saúde bucal.

Equipamentos de informática, CPU, impressora, papel para impressão, tonner, entre outros.

Tais recursos serão oferecidos pela Prefeitura Municipal de Uberaba-MG.

## 8 REFERÊNCIAS

BRANDÃO, M. L. **Manual para publicação científica.** – elaborando manuscritos, teses, dissertações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CARNEIRO, ANA MARIA DE OLIVEIRA. **Percepção em saúde bucal: valores atitudes e problemas de pessoas residentes na área rural de Brazilândia- DF/** Perceptions of oral health: values, attitudes and problems of people resident in the rural area of Brazilândia-DF. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de Minas Gerais, 2001.

CASTRO, R. D. **Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional/** Evaluation in buccal health in the perspective of the user: approach to the study of the organizational accessibility. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

COHEN-CARNEIRO *et al.* Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari / Provision and utilization of dental services in Amazonas State, Brazil: a case study in a riverine population in Coari Municipality. **Cad. Saúde pública**, v.25, n.8: p.1827-1838, ago.2009.

FARIA *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: Unidade Didática 1.** Belo Horizonte : editora UFMG, 2008. 66p. (Educação a Distância).

FADEL, C.B.; SALIBA, N.A. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil / Social-dental and social representation aspects of dental caries in the mother-child context. **RGO** (Porto Alegre), v.57, n.3: p.295-301, jul./set. 2009.

FERREIRA, R.C. *et al.* Impacto psicossocial e funcional da condição de saúde bucal em idosos hospitalizados / Psychosocial and functional impact of dental condition in hospitalized elderly. **RPG**, v.14, n.4: p.279-285, out./dez 2007.

FREDDO *et al.* Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil / Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern Brazil. **Cad.saúde pública**, v.24, n.9: p. 1991-2000, set. 2008.

GRANVILLE-GARCIA, A.F. Percepção de escolares em relação à saúde bucal / Perceptions of teenage students in relation to oral health **ROBRAC**, v.18, n.4: p.40-47, jun./ 2009.

LIMA, L.H.M.A.*et al.* Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais / Oral self-perception and food selection by elderly complete denture wearers. **Ver.odontol.** UNESP, v.36,n.2: p.131-136, abr./jun 2007.



MAGALHÃES, A.C. *et al.* Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância / Educative-preventive strategies to provide oral health in childhood. **Odontol. clín.cient** , v.8, n.3: p.245-249, jul./set 2009.

MESQUITA, F.A.B.; Vieira, S. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida / Self evaluated oral status impact on quality of life **RGO** (Porto Alegre) , v.57,n.4: out./dez. 2009.

MOIMAZ *et al.* Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos / Aging: analysis of dimensions related to the elderlys perception. **Rev. Bras.geriatr. gerontol**, v.12, n. 3, Set-Dez. 2009.

MIALHE, FÁBIO LUIZ; OLIVEIRA, CLÍCIA DOS SANTOS RODRIGUES DE; SILVA, DÉBORA DIAS DA. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil / Evaluation of the access to dental care and oral health services in a rural area of southern Brazil. **Arq. Ciências saúde UNIPAR**, v.10, n.3: 145-149, set-dez 2006.

MUNKEVIZ, M.S.G.; **Saúde bucal no Programa Saúde da Família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário** / Buccal health in Family Health Program in the city of São Paulo: the patients perceptions. São Paulo; s.n; 2009. 122 p.

ORSI, V.M.E. *et al.* Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal / Schoolchildren's habits and knowledge about oral health. **RGO** (Porto Alegre), v.57, n.3: p.291-296, jul.-set 2009.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal na contexto da atenção básica à saúde. Saúde do adulto.** Unidade Didática II. Tópicos especiais em saúde da família Belo Horizonte : editora UFMG, 2008. 58p.

PIUVEZAM, G. *et al.* As perdas dentárias sob a ótica do idoso / The dental losses under the point of view of the aged one. **Odontol. Clin-cient**, v.5, n.4: p299-306, out-dez 2006.

TOBIAS, RODRIGO; PARENTE, ROSANA CRISTINA PEREIRA; REBELO, MARIA AUGUSTA BESSA. Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico / Prevalence of dental caries and treatment needs among 12-year-old children in a small-sized municipality in the amazon region. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.11,n. 4: p.608-618, dez. 2008.