

ELIMAR DA SILVA MARTINS

**A SAÚDE BUCAL DO ADULTO:
UMA PROPOSIÇÃO DE PLANO DE AÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL
DO ADULTO NO MUNICÍPIO DE AUGUSTO DE LIMA/MG**

CORINTO / MG
FEVEREIRO - 2010

ELIMAR DA SILVA MARTINS

**A SAÚDE BUCAL DO ADULTO:
UMA PROPOSIÇÃO DE PLANO DE AÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL
DO ADULTO NO MUNICÍPIO DE AUGUSTO DE LIMA/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família no dia 20/02/2010 como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

CORINTO/MG
FEVEREIRO – 2010

Dedico este trabalho a minha amada Renata, pelo
companheirismo incondicional.

Agradeço primeiramente a Deus por ter me
proporcionado a oportunidade de fazer
história e de ser um homem de bem;
Agradeço a Renata pelo incentivo e apoio
na escala que a vida me proporcionou realizar.

“Todo homem busca uma meta: sucesso ou felicidade. O único caminho para se alcançar o verdadeiro sucesso é colocar a si próprio completamente a serviço da sociedade. Primeiro, ter um ideal definido, claro e prático ___ uma meta, um objetivo. Segundo, ter os meios necessários para alcançar seus propósitos ___ sabedoria, dinheiro, materiais e métodos. Terceiro, ajustar seus meios a seus propósitos.”

ARISTÓTELES

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo a Saúde Bucal do Adulto: Uma proposição de plano de ação na atenção à saúde bucal do adulto no município de Augusto de Lima-MG. Foram observados durante o segundo semestre de 2009, aspectos demográficos, sócioeconômicos, epidemiológicos; dados estes coletados em fontes como IBGE, SIAB, DATASUS. Informações como recursos humanos e materiais, mapeamento de instituições e projetos também receberam grande atenção. Após análise destes dados foram diagnosticados nós críticos e proposto um plano de ação visando a inserção da população adulta nos programas de promoção de saúde bucal e qualidade de vida.

Palavras-Chave: promoção de saúde, qualidade de vida

ABSTRACT

This Paper of Conclusion of Course aims the Oral Health of Adult: a suggestion of action plan for the oral health of adults in the municipality of Augusto de Lima-MG. During the second half of 2009, were observed, demographic, socioeconomic and epidemiological, among others, data collected from these sources as IBGE, SIAB, DATASUS. Informations as human and material recourses, mapping of institutions and projects have also received great attention. After analyse of these data has made a action plan to intend the insertion of the adult population of programs to promote oral health and quality of life.

Key words: promotion of health, quality of life

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar de 12 anos examinado, segundo Regiões e no Brasil em 1986, 1996 e 2003 14

TABELA 2 – Composição percentual do índice CPO-D segundo idade e macrorregião. (Brasil, 2003)15

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro Especializado em Odontologia

CPO-D - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

ESB – Equipes de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geometria e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SB – Saúde Bucal

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

THD – Técnico em Higiene Dental

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	11
2 - REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 - Epidemiologia	13
2.2 - Promoção de Saúde Bucal	16
2.3 - Atenção à Saúde Bucal do Adulto	17
3 - OBJETIVO.....	20
4 - DESENVOLVIMENTO	21
4.1 - Materias e Métodos	21
4.2.-Caracterização do Ambiente	21
4.3 -Plano de Intervenção Proposto	24
5 - DISCUSSÃO	28
6 - CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS	30

1 – INTRODUÇÃO

O marco histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como resultado a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Após a Conferência Nacional de Saúde, o SUS, gradualmente foi sendo implantado. Primeiro veio o SUDS, posteriormente veio a incorporação do INAMPS, e, por fim através da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1.990) houve a criação do SUS. Esta lei foi baseada no artigo 198 da Constituição Federal de 1.988, e, tem como princípios a universalidade, integralidade e da equidade, às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais.

Inspirado em ensaios de países como Cuba, Inglaterra, Canadá, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado na década de 90. Ele veio como uma estratégia de reversão da atual prestação de serviço de proteção à saúde, reorganizando a atenção básica e reorientando o atual modelo assistencial, focando a promoção da qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco (PEREIRA et al., 2003).

Em 2000, por intermédio da criação de Equipes de Saúde Bucal (ESB), o Ministério da Saúde (MS) sancionou o incentivo financeiro aos municípios e agregou a atenção odontológica a este programa, onde as ações vieram impactar os indicadores de saúde bucal da população e os profissionais das ESB atuem em equipe com os outros profissionais de saúde. Diante disso o MS, ainda em 2000, incentivou financeiramente os municípios na contratação do cirurgião-dentista, técnico de higiene dentária e atendente de consultório dentário, ampliando a atenção à saúde da população.

A boca está relacionada diretamente ao processo de socialização, uma vez que é um órgão responsável pelo relacionamento com as pessoas. 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. (MINAS GERAIS, 2006),

As políticas públicas de SB eram destinadas exclusivamente às crianças e

adolescentes em idade escolar, sendo a atenção do adulto restrita, na maioria das vezes, a exodontias e urgências, de acordo com PALMIER (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 a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” E, com as conquistas da ESF vê-se a necessidade de inserir o adulto neste processo de promoção de saúde.

O curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família teve muita relevância, principalmente o módulo “A Saúde Bucal do Adulto”, pois foi através dele que houve a possibilidade de observar com mais minúcias a real situação da atenção ao adulto no município de Augusto de Lima.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – Epidemiologia

Epidemiologia é uma análise relacionada a 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)

Em países industrializados e em alguns em desenvolvimento, recentes estudos epidemiológicos mostraram uma queda nos números de elementos com cavidades cariosas, mas o porquê desta redução não estão bem esclarecidas e nem dimensionadas. O fato de essas pessoas estarem expostas às diversas formas de aplicação do flúor influenciou nesta redução. No Brasil o índice de cárie ainda é elevado, atingindo, e sua maioridade às pessoas com estado socioeconômico menos favorável, e, a exodontia, nestas situações, é o procedimento mais viável por ser de baixo custo. (PEREIRA et al.,2003)

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 tivemos 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)

A tabela 1 mostra o índice CPO-D nas regiões do Brasil onde houve queda no índice nos períodos de 1986 e 1996.

Tabela 1 - Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar de 12 anos examinado, segundo Regiões e no Brasil em 1986, 1996 e 2003.

REGIÃO	1986	1996	2003
<i>Brasil</i>	6,7	3,06	2,80
<i>Região Norte</i>	7,5	4,27	3,13
<i>Região Nordeste</i>	6,9	2,88	3,19
<i>Região Sudeste</i>	6,0	2,06	2,3
<i>Região Sul</i>	6,3	2,41	2,31
<i>Região Centro-Oeste</i>	8,5	2,85	3,16

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.

A Tabela 1 mostra que houve queda no CPO-D tanto a nível nacional quanto a nível regional. No Brasil houve uma queda significativa: de 1986 para 1996 caiu 3,64; de 1996 para 2003 caiu 0,26.

A maior queda foi na região Centro-Oeste: de 1986 para 2003 houve queda de 5,34. E a menor queda foi na região Norte: de 1986 para 2003 houve queda de 4,37. No período de 1996 a 2003 houve aumento do índice CPO-D nas regiões: Sudeste (aumento de 0,24), Centro-Oeste (aumento de 0,31).

A tabela 2 mostra o percentual do índice CPO-D de acordo com a faixa etária em todas as macroregiões do Brasil.

Tabela 2 – 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 notável na tabela 2, que o componente Perdido é a causa de aproximadamente 66% do índice no grupo de 35-44 anos e quase 93% do índice no grupo de 65-74 anos. Comparando as regiões Norte e Nordeste com as demais percebe-se que elas apresentam médias elevadas de dentes cariados e perdidos em todas as faixas etárias.

E, foi a partir destes dados que o Governo Federal implantou a política Brasil Sorridente: ações em saúde bucal agrupadas com o objetivo de atender todos os cidadãos brasileiros com o compromisso de reduzir as desigualdades e incluir socialmente todos os cidadãos de qualquer idade.

As ações da Política Brasil Sorridente compromete-se em promover, prevenir e recuperar a saúde bucal dos brasileiros, uma vez que a saúde bucal é um fator importante para a qualidade de vida do povo brasileiro. (BRASIL, 2004)

A 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 para o

Sistema Único de Saúde: os princípios da universalização e da equidade do atendimento não estão sendo garantidos.

2.2 - Promoção de Saúde Bucal

Promoção de Saúde é o processo onde o indivíduo é transformado, e, com esta transformação ele é capaz de proporcionar o controle de sua saúde com consequente melhoramento dela (FARIA, 2008). O indivíduo adquire saúde quando ele consegue satisfazer as suas necessidades fisiológicas, auto-estima, segurança, reconhecimento social; quando ele consegue transformar e conviver com o ambiente. Saúde não é meramente a ausência de doença.

Já no setor de saúde a participação de todos os atores é essencial para a promoção da saúde, uma vez que é necessário transformar o indivíduo e incentivá-lo a mudar de vida. É preciso quebrar paradigmas; o trabalho intersetorial também é importante.

“Promoção da saúde é o nome dado ao 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”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 1986),

A Estratégia Saúde da Família veio para amparar, pois suas ações tem como metas: promover saúde, prevenir, tratar e reabilitar. (FARIA, 2008). A ESF veio priorizando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em suas duas décadas de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido palco de um intenso debate sobre a adoção de modelos assistenciais que reorientem a atenção à saúde no Brasil. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com 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 Palmier (2006) a Teoria da Promoção de Saúde identificou como determinantes influenciadores na saúde dos indivíduos: o biológico, o estilo de vida, o ambiente e o acesso aos serviços:

► Os determinantes biológicos referem-se ao conjunto de fatores relacionados diretamente

ao próprio homem e que diz respeito às suas características constitucionais, inerentes à anatomia e à fisiologia do organismo, bem como a herança genética;

► No grupo dos determinantes culturais encontram-se aqueles mais relacionados ao estilo de vida e às condições de vida de um indivíduo ou da coletividade, como suas crenças, a educação, seus hábitos, o modismo, entre outros;

► Os determinantes ambientais são as condições, as características físicas, químicas e também sociais presentes no meio externo que definem esse conjunto de fatores, responsáveis ou não pela ocorrência de doenças, e às vezes de mortes entre os indivíduos.

► O acesso ao serviço é um determinante marcante, pois o indivíduo recebe o serviço, mas o fato de simplesmente ser atendido não lhe garante atendimento de qualidade, e, na verdade o atendimento tem que 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.

“Embora a cárie dentária tenha diminuído em países industrializados, ela ainda é um problema difundido no mundo inteiro, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a maioria dos dentes cariados não é tratada, e quando há tratamento, freqüentemente a opção é a extração do elemento”. (FRENCKEN e HOLMGREN ,1999)

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, possibilitando o acesso a alguma forma de flúor, ao uso dosado do açúcar, autocuidado e os fatores que geram riscos. (BRASIL, 2004)

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

2.3 - Atenção à Saúde Bucal do Adulto

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, 2009)

Segundo dados do IBGE (2000) 18,5% da população brasileira nunca foi ao dentista.

Do total das pessoas que manifestam a cárie, o percentual de pessoas livres vai caindo de acordo com a faixa etária: aos 12 anos é de 31%, 15-19 anos é de 11% e 35-44 anos é de menos de 1%. (BRASIL, 2004)

E ainda, é aproximadamente aos 06 anos que os dentes permanentes principiam-se na boca. Na população brasileira, aos 12 anos, em média 03 dentes manifestam a doença cárie; aos 18 anos, o número de dentes acometidos pela cárie em média dobra. Aproximadamente aos 40 anos haverá cerca de 20 dentes acometidos pela cárie, e, depois dos 65 anos, 27 dentes. No idoso, praticamente todos os dentes já foram acometidos pela cárie.

A exodontia é o pior resultado da doença cárie entre os adultos; aos 40 anos cerca de 13 dentes permanentes já não existem na cavidade bucal, sem levar em consideração a cárie de raiz. (PALMIER, 2008)

A cárie dentária é uma doença, tendo como resultado a lesão cariada. A lesão cariada é reversível quando ela se manifesta no esmalte ou até o terço externo da dentina. A população jovem brasileira apresenta, atualmente, índices aceitáveis da doença cárie; já na população adulta a cárie se manifesta em alta prevalência e gravidade.

É na idade adulta de 20 a 59 anos – que as doenças como lesões de tecidos moles, câncer bucal, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, edentulismo e de necessidade de tratamento curativo é mais agravante. (MINAS GERAIS, 2006)

Com relação à doença periodontal, medida pelo Índice Periodontal Comunitário (IPC) observa-se o mesmo quadro de deterioração da saúde. Aos 15 anos, 46% das pessoas apresentam o periodonto sadio. Este percentual cai para 21% na população adulta (35-44 anos). O câncer de boca é hoje um importante problema de saúde pública com mais de 200.000 novos casos a cada ano no mundo. No Brasil, o levantamento SB Brasil 2003 não inclui dados a este respeito. Entretanto, o estado de Minas Gerais desenvolveu, paralelamente ao estudo nacional, um outro específico e regional sobre lesões fundamentais da doença. Nele foram encontradas uma ou mais lesões suspeitas em aproximadamente 26% dos pacientes examinados

Para o Brasil, dados disponibilizados pelo INCA, foram coletados através do

sistema oficial de notificação. As estimativas feitas para 2002, apontam taxas de 1 a 20/100.000 para homens e de 1 a 7/100.000 para mulheres. (PALMIER, 2008, p 11)

A doença periodontal não é a causa principal da perda dos dentes da população adulta; ela não é consequência natural da idade e é influenciada por fatores como raça, sexo, nível socioeconômico e auto-cuidado. O câncer bucal se diversifica de acordo com as particularidades como hábitos, raças, valores culturais, fatores genéticos; o consumo de fumo e o álcool, juntos, aumenta o fator de risco.

3. OBJETIVO

Frente, ao avanço que estamos tendo em relação ao envelhecimento e a construção/ampliação de um novo corpo de conhecimentos científico-profissionais descritos acima, o objetivo geral deste trabalho é propor plano de ação a fim de melhorar o atendimento odontológico do adulto no município de Augusto de Lima/MG.

4 – DESENVOLVIMENTO

4.1. Materiais e Métodos

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

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),

Foram analisados os dados ambientais e a organização do serviço do município. Para tanto foram utilizados fontes como IBGE e SIAB.

4.2 - Caracterização do Ambiente

A simpática e acolhedora cidade de Augusto de Lima de apenas 46 anos está situada no centro-norte de Minas Gerais a 250 km de Belo Horizonte, às margens da Br 135. Para uma extensão territorial de 1251 Km² possui uma população de aproximadamente 4.741 habitantes (DATASUS, estimativa 2007), sendo metade na zona rural, e, tem como fonte de renda a agropecuária, comércio, extração vegetal (resina de pinhos), Complexo Agro-florestal de Abaeté – COMAM (serraria), VALLOUREC & MANNESMANN e Fiação e Tecidos Santa Bárbara Ltda. Tem grande potencial turístico como cachoeiras, serras, rios e poços de águas termais que são sub-aproveitados; as principais referências nesse setor são o belíssimo Águas de Santa Bárbara Resort Hotel e a aconchegante Pousada Sombra do Espinhaço.

Apesar de ser uma típica cidade interiorana com pessoas simples e vida pacata, Augusto de Lima começa a sentir os problemas urbanos como drogas e pequenos delitos. Junto a isso observa o declínio cultural como a Folia de Reis, cada vez mais rara. Atualmente o ápice cultural é o Forró de Augusto de Lima, ocorrido no feriado de Corpus Christi, com apresentação, é claro, de bandas de forró.

De acordo com dados do SIAB 2008, o município se caracteriza, em %:

- ▶ 99,19% das casas são de tijolo/adobe;
- ▶ 56,30% das casas possuem abastecimento de água através da rede pública de abastecimento, enquanto 43,38% é abastecida por poços ou nascentes;
- ▶ O município não conta com eficaz sistema de esgotamento sanitário, sendo que 91,31% da população ainda utilizam a fossa como destino dos resíduos;
- ▶ 60,84% do lixo tem destino na coleta pública, enquanto 34,93% é enterrado e 4,22% é deixado a céu aberto. No município não possui coleta seletiva, há uma incipiente coleta de resíduos hospitalares (resíduos pérfuro-cortantes).
- ▶ 56,30% da população possui água fluoretada.
- ▶ 34,21% dos profissionais da UBS nunca participaram de Programas de Capacitação e Atualização Profissional oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde; enquanto 21,05% participaram quando ingressaram no quadro de funcionários da UBS. (DUARTE, 2007)

Na área de saúde a cidade conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro de Saúde “Deocleciano Machado” localizado no centro. O horário de funcionamento, em dias úteis, é das 7 horas às 18 horas, sendo a demanda de usuários maior no período da manhã.

UBS possui uma área construída de 570 m² com espaço físico insuficiente, mas com equipamentos importantes, tais como desfibrilador, aparelho de eletrocardiograma e de Telemedicina com comunicação on-line no Hospital das Clínicas para diagnósticos. Concentram-se neste Centro serviços de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família “Santa Luzia”, Programa de Combate a Endemias, Programa de Internato Rural e outros. O município é membro do Conselho Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas - CISMEV (com sede em Curvelo) para onde encaminha pacientes com exames e consultas de média complexidade; alguns de média e alta complexidade são enviados para Sete Lagoas e Belo Horizonte. Para estes Tratamentos Fora Domicílio – TFD, a Secretaria Municipal de Saúde dispõe de 02 ambulâncias.

Tem como fornecedores a Sociedade Comercial Mangueiras, Dental Capital Ltda, Cirúrgica João produtos Médico-Hospitalares Ltda, Difarminas Ltda, Fundação para o Remédio Popular-FURP, Distribuidora Nacional de produtos para Laboratório Ltda, Lab Shopping Ltda, FUNED, Center Lab, Dental Sete entre outros.

O quadro de funcionários é de 56 servidores:

- ▶ Secretaria: conta com 01 Secretário Municipal de Saúde e 02 auxiliares responsáveis pela

gestão do SUS, à qual o Centro de Saúde está subordinado.

- ▶ Diretoria: é o gerente que supervisiona e controla o serviço do Centro de Saúde “Deocleciano Machado”.
- ▶ Recepção: 03 recepcionistas para agendamento e controle do fluxo de usuários.
- ▶ Laboratório de Análise Clínicas: 01 bioquímico e 01 técnico em enfermagem que realizam a coleta e análise de material biológico. Realiza exames hematológicos, bioquímicos, imunológicos, de urina e exames parasitológicos de fezes.
- ▶ Assistência Farmacêutica: a Farmácia Básica conta com 160 tipos de medicamentos destinados aos usuários, conta com 01 farmacêutico e 03 auxiliares para o atendimento e distribuição dos medicamentos.
- ▶ Odontologia: realiza procedimentos preventivos e curativos básicos, principalmente em usuários com idade escolar de até 14 anos. Conta com 02 cirurgiões dentistas, 01 auxiliar de saúde bucal .
- ▶ Imunização: 02 técnicos de enfermagem realizam o controle de estoque e aplicação de vacinas.
- ▶ Observação: conta com 03 leitos disponíveis para casos de pequena complexidade, os quais podem ser resolvidos pelos profissionais no Centro de Saúde.
- ▶ Vigilância Sanitária: conta com 01 servidor que fiscaliza a higiene em geral da comunidade.
- ▶ Controle de Endemias: conta com 04 servidores que realizam visitas domiciliares com a finalidade de orientar a comunidade e combater a dengue e a doença de chagas.
- ▶ Programa Saúde da Família (PSF): com cobertura de 72,78% da população, conta com 02 enfermeiras, 12 agentes de saúde e 01 técnico de enfermagem.
- ▶ Assistência à Atenção Básica: é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, voltados para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação; conta com 02 médicos clínico geral, 01 ginecologista, 01 pediatra, 01 psicólogo, 01 nutricionista .
- ▶ Transporte: conta com 04 motoristas responsáveis pelo transporte de pacientes para tratamentos fora da cidade e dos profissionais da área de saúde para atendimentos domiciliares.
- ▶ Limpeza: 04 funcionários realizam a limpeza e a coleta de lixo de todo o Centro de Saúde.
- ▶ Curativos: 03 técnicos de enfermagem realizam a triagem de pacientes e realizam desinfecção e curativos nos usuários.
- ▶ Esterilização: 01 técnico de enfermagem realiza a lavagem, o empacotamento para a esterilização de todo instrumental.

O dia-a-dia da equipe é marcado pela sobrecarga de trabalho. Isto ocorre devido

ao elevado número de pacientes agudos e demanda livre. Há casos como acidentes na Br 135 que o médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem prestam socorro.

A equipe possui grupos de acompanhamento: hipertensos, diabéticos, gestantes e saúde mental, dispondo de bom material didático para palestras. Há dificuldades de locomoção com automóveis em constante manutenção.

A equipe apresenta sinais evidentes de desmotivação relacionadas à resistência cultural de parte da população a esse método de trabalho, à rotatividade de profissionais, principalmente na área de Enfermagem. Observa-se, também, que a satisfação dos membros da equipe está ligada diretamente à satisfação da comunidade.

Tanto os membros da ESF quanto os demais servidores do Centro de Saúde “Deocleciano Machado” não são submetidos a Programas de Capacitação e Atualização Profissionais com periodicidade levando os profissionais a realizarem tarefas repetitivas e sem criatividade. (DUARTE, 2007)

A atenção em Saúde Bucal no município de Augusto de Lima/MG não está inserida na ESF, apenas na Atenção Básica. O atendimento existente é destinado, em sua maioria, à crianças e adolescentes em idade escolar. O atendimento aos adultos é restrito, ficando estes muitas vezes, sujeitos a apenas a exodontias e urgências.

Diante do exposto acima, o presente trabalho buscou responder a seguinte pergunta-problema: “Como inserir a população adulta nos Serviços Públicos de Saúde no município de Augusto de Lima/MG?”

4.3 - Plano de Interação Proposto

Planejamento é uma forma de aproveitar melhor o tempo e os recursos disponíveis. É através do planejamento que os objetivos são alcançados de uma maneira benéfica. É preciso planejar sempre. Planejamento é processo permanente que garante direção às ações, corrigindo os meios e os rumos em busca dos objetivos que se querem alcançar. (CARDOSO, 2008),

Após pesquisa e análise dos dados foram identificados os seguintes nós críticos:

- ▶ falta de Capacitação e Atualização Profissional à todos os profissionais da área da saúde;
- ▶ falta de programas de educação e prevenção efetivos;
- ▶ falta de ações individuais de qualidade com garantia de resolutividade;
- ▶ desorganização do atendimento, não está sendo assegurado a gestão participativa.
- ▶ não é oferecido atenção ao adulto.

Para resolver os nós críticos, foi recomendado para melhoria do atendimento à Saúde Bucal do Adulto:

- ▶ O atendimento de forma programada: uma vez realizado o Inquérito de Necessidades, será possível priorizar os casos clínicos de maior relevância flexibilizando os horários de modo que aqueles que trabalham em horário comercial possam ser assistidos.
- ▶ Programas de Capacitação e Atualização Profissional: a equipe deve estar preparada para agir na promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, capacitando os profissionais em temas que surgirem da prática profissional da equipe. Estes programas podem ser realizados na própria UBS ou em Estabelecimentos de Ensino.
- ▶ Ações educativas e preventivas: ação coletiva de escovação supervisionada; ação coletiva de bochecho fluorado e/ou aplicação tópica de flúor gel, principalmente em localidades sem água fluoretada; universalização do acesso à escova e dentífrico fluoretado na população adstrita; campanha de combate ao câncer de boca estimulando o auto-exame, auto cuidado e com controle do grupo de risco; participação nos grupos operativos durante as suas reuniões mensais, nas visitas domiciliares e acolhimento; integração com campanhas e atividades do PSF.
- ▶ Nas campanhas educativas serão abordados a importância de uma alimentação balanceada, onde os alimentos açucarados deverão ser reduzidos e usados, preferencialmente, após as principais refeições; o uso diário do fio dental; a realização da escovação com dentífrico fluoretado após as refeições; demonstração de como fazer o uso do fio dental, realização da escovação e do auto exame. Estas campanhas poderão ser realizadas nas visitas domiciliares, consultas, na integração com as campanhas de vacinação e encontros de grupos operativos.
- ▶ Ações individuais: visita domiciliar em casos de usuários acamados, com dificuldade de locomoção; consulta de urgência e programada.

- ▶ Organização da atenção: priorização para atendimento programado; organização do processo de trabalho; controle e monitoramento do desenvolvimento das atividades educativas e clínicas.

Plano de Ação

O QUE FAZER	QUEM	ONDE	QUANDO
Formação e Capacitação permanente	Todos os funcionários da UBS	UBS Instituições de Ensino	Sempre
Inquérito de Necessidades na população adulta, priorizando os grupos de risco	Cirurgião Dentista e Auxiliar de saúde Bucal	Antes ou após as consultas médicas	Curto prazo
Campanhas Educativas	- Agentes Comunitários de Saúde - Médicos - Enfermeiros - Cirurgiões-dentistas e Auxiliar de Saúde Bucal	- Visitas Domiciliares - Visitas Domiciliares e consultas - Visitas domiciliares e consultas - Visitas domiciliares, integração com as campanhas de vacinação, encontros de grupos operativos	Sempre
Flexibilizar horário de atendimento compatíveis às necessidades de atenção bucal deste grupo	- Gestão - Cirurgião Dentista - Auxiliar de Saúde Bucal	No consultório odontológico da UBS	Após conclusão do Inquérito de Necessidades

5 – DISCUSSÃO

Embora, no Brasil, a odontologia seja reconhecida internacionalmente como “odontologia de primeiro mundo” há muito ainda o que se fazer.

O município de Augusto de Lima necessita muito de atenção, não só no que diz respeito à saúde bucal do adulto, mas na saúde geral de sua população, na promoção da qualidade de vida. É fato, o que os dados mostram. A saúde está carente de ações, é preciso, sim, um trabalho que venha reverter a atual situação da saúde bucal dos adultos desta comunidade.

O fator socioeconômico e sua influência no processo saúde-doença pode ser demonstrado através do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004). Fazem-se necessárias medidas de saúde pública intersetoriais e educativas, que possibilitem intervenções sobre os fatores de risco e incentivo ao autocuidado conduzindo assim a promoção de saúde (BRASIL, 2006).

Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidade de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos de trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p 16).

6 – CONCLUSÃO

Em geral a atenção em Saúde Bucal ao Adulto está muito aquém do que é necessário para ter qualidade de vida em plenitude. É necessário que todos os profissionais de saúde se comprometam em promover saúde e incentivar a população augustolimense a buscar a sua qualidade.

É muito importante reconhecer a necessidade de a equipe refletir sobre suas ações, observando os pontos positivos, avanços e principalmente as deficiências e os pontos negativos. É preciso planejar, monitorar e avaliar as ações entendendo e vencendo as barreiras culturais.

Há necessidade de envolver nas ações e no planejamento os diversos atores sociais; as ações tem que ser de caráter multidisciplinar e intersetorial, pois assim a probabilidade de sucesso é sempre maior. O processo de comunicação e acolhimento devem andar juntos. Só há comunicação quando o receptor compreende a mensagem e esta mensagem o transforma, e, para acontecer o acolhimento é necessário que o usuário entenda o que o profissional deseja dele.

O plano de ação proposto neste trabalho é um passo que a comunidade merece receber através de ações e do comprometimento de todos os profissionais da saúde. O primeiro passo já foi dado, é hora de dar o segundo.

REFERÊNCIAS

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 de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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.

CARDOSO, C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**; Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2008

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – CNSB. Disponível em < [http:// dtr 2004.saude.gov.br/dad/cnsb](http://dtr2004.saude.gov.br/dad/cnsb) > Acesso em 21 de jan. 2010. 17:45

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

DUARTE, Renata das Graças da Costa; **Qualidade de Vida no Trabalho: um estudo na Secretaria Municipal de Saúde de Augusto de Lima/MG**. Faculdade de Administração: FAC, Curvelo; 2007

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; 2009

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

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a 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

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 R.A.G, 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.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. 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

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB - da Secretaria Municipal de Saúde do município de Augusto de Lima/MG. 2008