

JOSÉ ROCHA

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
RESIDENTES EM ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CS MIRAMAR,
BELO HORIZONTE, 2009

Belo Horizonte, 2009

JOSÉ ROCHA

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA RESIDENTES EM ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CS MIRAMAR, BELO HORIZONTE, 2009

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização: Odontologia em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família, do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Prof. Tutora: Maria Inês Barreiros Senna

Belo Horizonte, 2009

RESUMO

O objetivo desse projeto de intervenção foi desenvolver uma abordagem dos problemas de saúde bucal de 148 crianças e adolescentes de 88 famílias cadastrados no Programa Bolsa Família (PBF) residentes na área de abrangência do CS Miramar. As famílias cadastradas no PBF podem ser consideradas como um dos grupos de maior risco para o desenvolvimento de doenças e agravos, tendo em vista às restrições econômicas e sociais a que são submetidos. Além disso, a intensificação de ações de promoção da saúde para este grupo populacional, por meio do planejamento de distribuição de escovas e cremes dentais é uma das diretrizes indicadas pelo "Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal" da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Foi realizado um levantamento de necessidades de saúde bucal das crianças e adolescentes (0 a 15 anos). Setenta e oito crianças (53%) participaram do levantamento de necessidades. A maioria (64%) não apresentava necessidade de tratamento odontológico. Cerca de 30% apresentava até 03 elementos com cavidade evidente, indicando uma baixa necessidade de tratamento odontológico. A polarização da cárie dentária pode ser observada, visto que 5% dos examinados apresentava mais de 4 elementos dentais atacados por cárie. As crianças de 6 a 12 anos foram a faixa etária mais afetada pela cárie. Esses resultados indicam que o acesso precoce aos serviços de saúde bucal é um desafio no cotidiano das famílias com piores condições de vida. Coloca-se a necessidade de construir novas estratégias para atingir e sensibilizar essa população, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal do CS Miramar.

Palavras-Chave: Levantamento de necessidades, Saúde Bucal, Saúde da Família, Bolsa Família

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA	p. 5
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	6
3 OBJETIVO	10
4 DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	10
4.1 Grupo selecionado	10
4.2 Índices e instrumentos utilizados	10
4.3 Coleta de dados	11
4.4 Análise dos dados	12
5 AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	12
6 CRONOGRAMA	13
7 RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	13
7.1 Taxa de Participação	13
7.2 Distribuição de frequência dos critérios de codificação do levantamento de necessidades	14
7.3 Distribuição de frequência dos critérios de codificação do levantamento de necessidades, de acordo com a faixa etária	14
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
10 ANEXOS	19

1 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento deste projeto de intervenção está relacionado com o meu processo de transferência, ocorrido em janeiro de 2009, do C. S. Granja de Freitas localizado no Distrito Sanitário Leste, para o C. S. Miramar no Distrito Sanitário Barreiro. Durante as primeiras reuniões com a Gerência da Unidade de Saúde foi solicitado que eu desenvolvesse um plano de trabalho para a população da área de abrangência que está cadastrada no Programa Bolsa Família (PBF). Isto porque já havia sido iniciada anteriormente uma ação visando a cobertura adontológica do referido grupo, interrompida por motivos outros, contrários à vontade da gerência. Neste sentido, percebi que essa população poderia se constituir no grupo-alvo para o desenvolvimento do projeto de intervenção solicitado pelo Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família. As famílias cadastradas no PBF podem ser consideradas como um dos grupos de maior risco para o desenvolvimento de doenças e agravos, tendo em vista às restrições econômicas e sociais a que são submetidos. Além disso, a intensificação de ações de promoção da saúde para este grupo populacional, por meio do planejamento de distribuição de escovas e cremes dentais é uma das diretrizes indicadas pelo "Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal" da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2006).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O C. S. Eduardo Mauro de Araújo, mais conhecido como CS Miramar, está localizado no Distrito Sanitário do Barreiro. A população da área de abrangência é formada por cerca de 20.115 habitantes, segundo o Censo de 2000. De acordo com o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS)¹, a área de abrangência é classificada em micro-áreas de médio (15) e de elevado (04) risco para adoecer e morrer. O IVS foi elaborado pela Gerência de Epidemiologia e Informação-GEEPI, órgão da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte que utilizou as estatísticas dos 2.564 setores censitários definidos pelo IBGE para a cidade. O IVS tem como objetivos apontar diferenças sócio-econômicas intra-urbanas, sendo capaz de identificar áreas desfavoráveis economicamente podendo ser usado para apontar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos públicos (MARCELINO, 2007).

A atenção básica é organizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o número de famílias cadastradas é de 4.977. Quatro Euiques de Saúde da Família atuam na UBS

¹ Segundo os autores do GEEPI, o IVS reflete tendências que são produto da confluência de múltiplos fenômenos, tendo em vista que os componentes utilizados para sua elaboração foram ponderados da seguinte forma: **Saneamento (Peso 2)** - inclui percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente; percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente; percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente. **Habitação (Peso 1)** - inclui percentual de domicílios improvisados; razão de moradores por domicílio. **Educação (Peso 2)** - inclui percentual de pessoas analfabetas; percentual de chefes de família com menos de 4 anos de estudo. **Renda (Peso 2)** - inclui percentual de chefes de família com renda de até 2 salários mínimos; renda média do chefe de família. **Sociais e Saúde (Peso 3)** - inclui coeficientes de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos; óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos de idade; coeficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade; proporção de chefes de família de 10 a 19 anos. O índice foi dividido em 4 categorias distintas segundo a distribuição obtida nos 2.653 setores censitários: **1. Risco baixo:** setores com valores inferiores ao médio (0,25 a 2,33) **2. Risco médio:** setores censitários com valores do índice de vulnerabilidade à saúde em $\frac{1}{2}$ desvio padrão em torno da média (2,33 a 3,32) **3. Risco elevado:** setores com valores acima do risco médio ou seja, $\frac{1}{2}$ a 1 desvio padrão (3,32 a 4,31) **4. Risco muito elevado:** setores com valores acima do risco elevado (4,31 a 6,86)(Belo Horizonte, 2003).

cada uma composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde (ACS). Uma Equipe de Saúde Bucal da UBS é modalidade I, formada por 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e 1 Cirurgião-dentista (CD). A outra ESB é composta por 1 ASB, 1 CD e 1 técnico em saúde bucal (TSB) (modalidade II). O serviço de Odontologia conta com uma equipe de apoio, formada por 1 CD com carga horária de 4 horas e 1 ASB com carga horária de 8 horas. O CS conta ainda com outros profissionais de nível superior (médicos e psicólogos) e nível técnico (técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e administrativos) que atuam como apoio para as ESF.

A estrutura física do CS é adequada e possui áreas específicas destinadas para recepção, administração e gerência, acolhimento, sala para reuniões, almoxarifado. Possui 10 consultórios médicos/enfermagem, 01 consultório odontológico com 03 equipamentos, local para escovação, sala de coleta de material para exame, imunização e curativo, farmácia, área de expurgo. Conta com banheiros para usuários e funcionários.

O acesso da população aos serviços de saúde na UBS é organizado por meio do Acolhimento, pelos ACS e pelos Grupos Operativos. A UBS desenvolve atividades coletivas com destinos aos pacientes hipertensos, grupos de diabéticos e também os grupos de planejamento familiar. A população-alvo da atenção em saúde bucal é formada por todos os moradores da área de abrangência da UBS, sendo que a entrada dessa população é feita das seguintes maneiras:

1. Demanda espontânea: o usuário procura a UBS conforme sua percepção ou necessidade de tratamento clínico.
2. Encaminhamento de outros profissionais da UBS (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social).
3. Busca ativa dos ACS, visitas domiciliares feitas por CD e ASB.

O CS Miramar tem uma Comissão Local de Saúde e que se reúne mensalmente e também há participação dos Conselheiros Distritais nas ações do Centro de Saúde.

O comprometimento socioeconômico e sua relação com a saúde bucal já tem sido demonstrado por inúmeros estudos internacionais e nacionais. Neste contexto, a experiência e a severidade da cárie dentária se colocam como um dos principais problemas de saúde bucal, afetando principalmente as crianças das camadas mais pobres da população brasileira. Pois menor poder aquisitivo envolve um conjunto de fatores que dizem respeito ao acesso a serviços de saúde, nível educacional, estilo de vida, condições de higiene, moradia e acesso a produtos (MALTZ & SILVA, 2001). Levando em consideração que as famílias contempladas no Programa Bolsa Família (PBF) se encontram na linha da pobreza, é de se esperar que as crianças e adolescentes possam apresentar um maior risco para os problemas de saúde bucal.

Neste sentido, esse projeto de intervenção ao selecionar como problema as condições de saúde bucal das crianças e adolescentes das famílias cadastradas vai de encontro com dos seguintes compromissos da saúde bucal no SUS/BH:

- ampliação gradativa do acesso aos serviços de saúde bucal e intensificação das ações de promoção da saúde principalmente para os grupos mais vulneráveis (BELO HORIZONTE, 2006).

O Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte apresenta a metodologia a ser adotada no sentido de garantir a efetivação desses compromissos acima referidos:

Estabelecer uma estratégia para controle das doenças bucais como conduta padrão nos atendimentos, agilizando a cobertura da população. São considerados procedimentos padrão: restauração permanente com

cimento ionômero de vidro reforçado, baseada no Tratamento Restaurador Atraumático, exodontia, pulpotomia e outras terapias pulpares, tartarectomia e polimento, raspagem subgengival, ações coletivas e orientação para o auto-cuidado.

Realizar levantamento de necessidades, através da codificação vigente, em todos os espaços de intervenção eleitos, como forma de identificar a polarização da doença e os indivíduos/grupos com maior necessidade.

Intensificar as ações gerenciais de promoção da saúde através de: planejamento da distribuição de escovas e cremes dentais à população beneficiada pelo Programa Bolsa Família (BELO HORIZONTE, 2006).

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades², que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 70 a R\$ 140) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70), de acordo com a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. O PBF unificou os seguintes programas em curso, na época, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação. Além de transferir recursos diretamente aos beneficiários para alívio da pobreza, o Programa atua na promoção do acesso aos serviços básicos de Educação e Saúde para as famílias beneficiadas, contribuindo para o rompimento do ciclo intergeracional da pobreza (BRASIL, 2009). Além disso, oferta programas complementares, tais como programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza (BRASIL, 2009).

² As condicionalidades são os compromissos nas áreas da Educação, da Saúde e Assistência Social assumidos pelas famílias e que precisam ser cumpridos para que elas continuem a receber o benefício do Bolsa Família. Educação: frequência escolar mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e mínima de 75% para adolescentes entre 16 e 17 anos. Saúde: acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 7 anos; e pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrizes na faixa etária de 14 a 44 anos. Assistência Social: frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços socioeducativos para crianças e adolescentes de até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil. (Programa Bolsa Família;/Condicionalidades. Disponível em www.mds.gov.br/bolsafamilia/...bolsa_familia/condicionalidades.acesso em 30 de outubro de 2009

3 OBJETIVO

O objetivo principal desse projeto de intervenção é proporcionar uma abordagem dos problemas de saúde bucal das crianças e adolescentes das famílias cadastrados no Programa Bolsa Família residentes na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família 1 e 2 do CS Miramar, de acordo com o Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde.

Como objetivos específicos se colocam:

- Realizar levantamento de necessidades de saúde bucal das crianças e adolescentes (0 a 15 anos) das referidas famílias ;
- Desenvolver o controle das doenças bucais por meio da adoção dos procedimentos -padrão e ações de promoção da saúde;

4 DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

4.1 Grupo selecionado

O grupo populacional selecionado foi constituído pelas crianças e adolescentes (até 15 anos de idade) das 88 famílias cadastrados no Programa Bolsa Família residentes na área de abrangência das equipes 1 e 2 do CS Miramar.

4.2 Índices e instrumentos utilizados

Os problemas de saúde bucal foram medidos por meio dos critérios estabelecidos para a codificação do Levantamento de Necessidade em Saúde Bucal, desenvolvido pela Coordenação Técnica de Saúde Bucal da SMSa de Belo Horizonte, apresentados no Quadro 1.

CODIGO	CRITERIO DE CLASSIFICAÇÃO
0	Não apresenta dente permanente ou temporário com cavidade. Não necessita restauração ou extração.
1	Apresenta até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes. Necessitando restauração e/ou extração.
2	Apresenta de 4 a 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando restauração ou extração.
3	Apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando restauração ou extração.
4	Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada
5	Apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como o maior problema
*	Marcar com asterístico quando houver queixa de dor aguda.

Fonte: Belo Horizonte, 2006

Para fins deste levantamento foi elaborado um instrumento de coleta de dados que com o objetivo de identificar o participante (número do prontuário, nome, idade, sexo,) e as condições de saúde bucal (ANEXO 1).

4.3 Coleta de Dados

O levantamento de necessidades em saúde bucal foi realizado no CS Miramar. O grupo selecionado foi contactado pelos 08 ACS das Equipes 1 e 2. Os ACS foram responsáveis pela divulgação, orientação, convite e agendamento das 148 crianças e adolescentes selecionados. Neste sentido, foi elaborada uma planilha para o controle do agendamento dos pacientes (ANEXO 2).

O exame visual dos participantes foi realizado pelo cirurgião-dentista e pela técnica em saúde bucal da ESB com o auxílio de abaixadores de língua e quando necessário também foi utilizado espelhos bucais. O local de realização do levantamento de necessidades na UBS contava com boa circulação de ar e iluminação com lâmpadas fluorescentes (luz ambiente). A anotação dos dados coletados foi realizada pela ASB

da equipe. No sentido de viabilizar mais rapidamente a coleta de dados, o levantamento de necessidades foi realizado durante um único dia (25/05/09).

4.4 Análise dos dados

Logo após a realização do levantamento, os dados coletados foram organizados em um banco de dados no Programa Excel e foi realizada uma análise descritiva simples (distribuição de frequência) das variáveis estudadas, com o objetivo de identificar as crianças e adolescentes com maiores necessidades de tratamento odontológico.

Após a hierarquização das necessidades de tratamento serão desenvolvidas as etapas subsequentes do projeto de intervenção: controle das doenças bucais por meio da utilização dos procedimentos -padrão com encaminhamento para a atenção secundária dos casos encontrados que estejam fora da competência da atenção básica; e desenvolvimento de ações de educação para a saúde para o grupo alvo do projeto.

5 AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A avaliação do projeto de intervenção será feita por meio dos seguintes indicadores de cobertura: taxa de participação das crianças e adolescentes no levantamento de necessidades; taxa de participação do grupo selecionado nas ações e consultas individuais e coletivas.

6 CRONOGRAMA

As atividades propostas do Projeto de Intervenção foram implementadas de acordo com o seguinte cronograma

Atividades	Maio/09	Jun./09	Nov./09	Dez.09
Elaboração do projeto de intervenção	x			
Realização do levantamento de necessidades	x			
Análise e Discussão dos Resultados do Levantamento	x			
Redação e entrega do Relatório		x		
Planejamento para execução do atendimento odontológico		x		
Atendimento odontológico			x	x
Apresentação dos resultados do projeto			x	

7 RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO “LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA RESIDENTES EM ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CS MIRAMAR, BELO HORIZONTE, 2009”

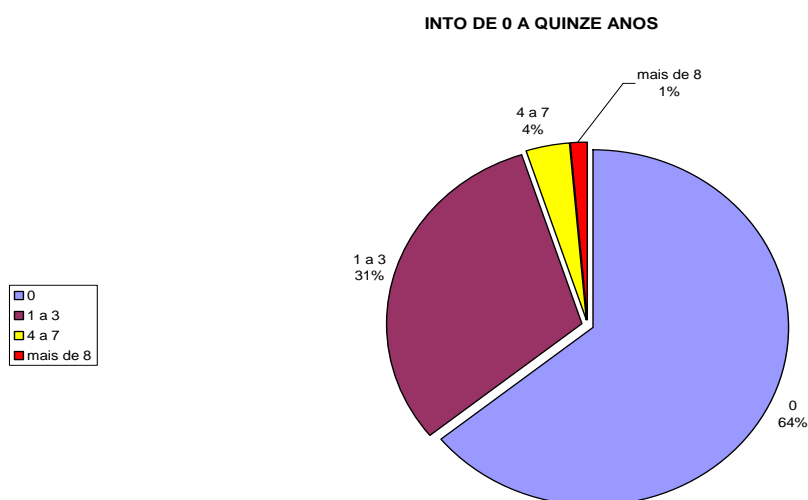
A seguir, iremos apresentar os principais resultados encontrados do levantamento de necessidades das crianças e adolescentes selecionados.

7.1 Taxa de participação

A taxa de participação no levantamento de necessidades foi de 53% com o comparecimento de 78 crianças e adolescentes do total do grupo selecionado. Durante o agendamento, houve também recusa em participar da atividade manifestada por 15 (10%) crianças/adolescentes. Os motivos indicados foram: viagem, tratamento odontológico já realizado e por utilizar convênios para a realização de atendimento odontológico. O restante do grupo (37%), apesar de ter aceito o convite, não compareceu n UBS. A maioria (53%) das crianças e adolescentes examinadas era do sexo feminino.

7.2 Distribuição de frequência dos critérios de codificação do levantamento de necessidades

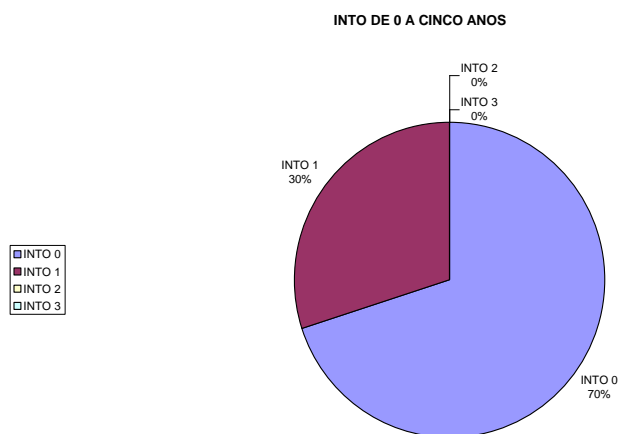
Verifica-se que a maioria (64%) das crianças e adolescentes estudados não apresentava nenhuma necessidade de tratamento odontológico o momento da realização do levantamento. Já entre os participantes que apresentaram alguma necessidade, predominou (31%) o código 1 (até 03 elementos com cavidade evidente), indicando uma baixa necessidade de tratamento odontológico. Entretanto, o fenômeno da polarização da cárie dentária também pode ser observado visto que 5% dos participantes apresentavam mais de 4 elementos dentais atacados por cárie, conforme nos mostra a figura 1.



7.3 Distribuição de frequência dos critérios de codificação do levantamento de necessidades, de acordo com faixa etária

No sentido de identificar algum grupo etário com maior vulnerabilidade à carie dentária foi realizada a distribuição de frequência dos códigos pelas seguintes faixas etárias; 0 a 5 anos, 6 a 12 anos e mais de 12 anos.

Verifica-se, que, a grande maioria (70%) das crianças de 0 a 5 anos não apresentava nenhuma necessidade de tratamento odontológico o momento da realização do levantamento.



Já entre as crianças de 6 a 12 anos, esse percentual caiu para menos da metade (49%). Aqui, observa-se uma necessidade de tratamento em mais da metade das crianças participantes e pode-se ser observado aqui o fenômeno da polarização da doença, com um pequeno grupo concentrando uma grande necessidade de doença.



Entre os adolescentes (mais de 12 anos), o percentual sem necessidade de tratamento volta a subir para cerca de 73%.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O inquérito de necessidades em saúde bucal mostrou ser um instrumento de grande utilidade no diagnóstico coletivo e para o planejamento local em saúde e de execução simples e rápida. Os resultados parecem indicar que, se de um modo geral, o grupo de crianças e adolescentes selecionados apresentava uma baixa necessidade de tratamento, por outro lado, revelou para a ocorrência do fenômeno da polarização, principalmente na faixa etária compreendida entre 06 e 12 anos.

Esses resultados indicam, ainda, que o acesso aos serviços de saúde bucal se constitui num problema para as famílias com piores condições de vida e um desafio para os serviços de saúde bucal. Desde modo, a identificação de grupos vulneráveis à situação de saúde bucal se coloca como uma estratégia a ser implementada, de forma sistemática pelas equipes de saúde bucal da atenção básica.

Outro achado importante foi a alta taxa de não comparecimento das crianças/adolescentes para a realização do levantamento de necessidades. Coloca-se, assim, a necessidade de construir novas estratégias para atingir e sensibilizar essa população, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal do CS Miramar.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. disponível em [www.mds.gov.br/bolsa família](http://www.mds.gov.br/bolsa_familia). acesso em outubro de 2009.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para Atenção à Saúde Básica em Saúde Bucal**. Junho de 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003**. disponível em www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf. acesso em setembro de 2009.

MALTZ M SILVA BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev. Saúde Pública*, 2001;35(2):170-176.

MARCELINO, AP. **Leishmaniose visceral e áreas de vulnerabilidade à saúde em Belo Horizonte, 2001-2005**. 2007. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, Belo Horizonte, 2007.

ANEXO 2
INSTRUMENTO PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AGENDA PARA LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL

Nome	Dia	Hora	Aceita	Não aceita	Justificativa