

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS DA
POPULAÇÃO DA EQUIPE AZUL DO CENTRO DE SAÚDE SANTOS
ANJOS BENEFICIÁRIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

**Belo Horizonte - MG
NOVEMBRO / 2009**

MARIA DO CARMO MARIANO DE CASTRO

**LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS DA
POPULAÇÃO DA EQUIPE AZUL DO CENTRO DE SAÚDE SANTOS
ANJOS BENEFICIÁRIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Projeto apresentado ao Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, com Ênfase em Saúde da família da Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Odontologia, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Maria Inês Barreiros Senna

**Belo Horizonte - MG
NOVEMBRO / 2009**

AGRADECIMENTOS

Aos Agentes Comunitários de Saúde da Equipe Azul,
à Equipe de Saúde Bucal e ao setor Administrativo do
do Centro de Saúde Santos Anjos. A Geraldo e Fatinha.
Em especial à orientadora Profa. Maria Inês Barreiros
Senna pela capacidade, apoio e paciência demonstra -
dos quando da elaboração do projeto.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	6
2- JUSTIFICATIVA	9
3- DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	12
4- OBJETIVO	14
5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
5.1- Programa de Saúde da Família	15
5.2- Saúde Bucal na Atenção Primária	17
5.3- Programa Bolsa Família	20
6- METODOLOGIA	23
7- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
8- CONCLUSÃO	33
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
10- ANEXOS.....	36
ANEXO 1- ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.....	36
ANEXO 2- LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS.....	40

RESUMO

O presente projeto objetiva levantar as necessidades odontológicas nas 269 pessoas das 54 famílias da Equipe Azul do Centro de Saúde Santos Anjos que são beneficiárias do Programa Bolsa Família para para posterior subsídio do planejamento/avaliação de ações interventivas, respeitando o princípio da equidade. São famílias em situação de pobreza, onde a cárie e outros agravos na boca deixam marcas, prejudicam a auto-estima e a inserção social. Alia-se a isto, o fato de a população beneficiária do Programa Bolsa Família fazer parte do grupo de atendimento prioritário da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com o Projeto Global de Saúde Bucal (2006), que preconiza como ações de promoção/prevenção/vigilância a distribuição de escovas e pastas dentais nas unidades básicas de saúde para estas famílias. Cento e vinte e uma pessoas (44%) com idades variando de 2 a 63 anos compareceram ao exame, e destas 81(67%) eram mulheres. A população foi dividida em faixas etárias de 0-9 anos, 10-19, 20-39, 40-49, 50-59 e idosos. A faixa etária de 0 até 19 anos correspondeu a 68% da população, e foi a que apresentou a maior prevalência de cárie (63% do total dos 226 dentes cariados), indicando uma maior vulnerabilidade à cárie dentária. Faz-se, assim, necessário o planejamento estratégico para atender essa população, facilitando-lhe o acesso aos serviços oferecidos pela Equipe de Saúde Bucal do Centro de Saúde Santos Anjos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, Pobreza, Saúde Bucal, Programa Bolsa Família.

1-INTRODUÇÃO

O Centro de Saúde Santos Anjos, localizado no Distrito Sanitário Noroeste, situa-se à Rua Miosótis, número 15, Bairro Caiçara.

Segundo dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população adscrita é de 23287 pessoas que estão distribuídas em três equipes de Saúde da Família - equipes Amarela, Azul e Laranja - cobrindo apenas a população classificada como médio risco pelo Censo do ano 2000, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). O IVS é um indicador composto que reúne informações relevantes (saneamento, habitação, educação, renda, sociais/saúde), identifica a desigualdade de vida e os riscos à saúde, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos. Este indicador classifica a população em níveis de risco muito elevado, elevado, médio e baixo, ficando as Equipes de Saúde da Família nas áreas de maior risco, com um menor número de famílias permitindo a alocação de mais recursos para a população mais vulnerável.

A população de 23.287 habitantes se distribui por 15 micro-áreas cobertas por equipe de saúde da família – 4 da equipe Amarela, 5 da equipe Azul e 6 da equipe Laranja - perfazendo um total de 10.862 pessoas, aproximadamente 47% da população adscrita. O restante reside em áreas classificadas como de baixo risco, de acordo com o IVS. Estes são atendidos por profissionais de apoio da unidade em demanda espontânea programada.

Além destes dados da população residente, a área de abrangência do CS Santos Anjos possui 1.208 estabelecimentos comerciais em nossa área que variam de pequenos comércios como sacolões, açougues, padarias, gráficas e dois grandes shoppings, passando por empresas de médio porte, com um número de funcionários acima de 300. Estes trabalhadores procuram a unidade básica de saúde nos casos agudos.

A composição de cada Equipe de Saúde da Família é de um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de saúde e cinco a seis agentes comunitários de saúde. O CS conta, ainda, com o apoio de um médico clínico, dois pediatras, uma ginecologista e uma enfermeira, com carga horária de vinte horas semanais para atender, por demanda espontânea, a área de baixo risco.

As duas equipes de saúde bucal da unidade são formadas, cada uma, por uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Outro profissional da equipe é uma técnica de saúde bucal que é referência para toda a unidade.

O atendimento psicológico é feito por uma psicóloga de vinte horas semanais e há, ainda, a equipe de zoonoses (formada por dez pessoas), três auxiliares administrativos, dois estagiários de nível médio, dois profissionais da limpeza, dois porteiros e um técnico de informática, responsável pelo processo de informatização que está sendo implantado na UBS. Atualmente, a UBS desenvolve atividades em parceria com Escola de Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais, com foco em Promoção à Saúde de Idosos.

Outro estágio desenvolvido na unidade, em parceria com a UNA, diz respeito à área da Enfermagem. Os universitários desenvolvem atividades de apoio à área descoberta por equipe de saúde da família (53% da população), na tentativa de,

além de melhorar o conhecimento do território, contribuir para o atendimento da demanda expressiva desta área. O Centro de Saúde Santos Anjos faz parte também do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (SMSA). O PET- Saúde é um projeto que foi instituído no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), para fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família. Seu objetivo principal é incentivar processos formativos voltados para a qualificação da Atenção Básica à Saúde, envolvendo docentes e estudantes dos cursos de graduação da Área da Saúde da UFMG e profissionais da Rede Básica de Saúde do Município de Belo Horizonte.

2-JUSTIFICATIVA

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda, com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Ele integra a estratégia FOME ZERO, que visa assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome (14).

No Centro de Saúde Santos Anjos são 201 famílias beneficiadas, aproximadamente 5% do total de famílias cadastradas, distribuídas em 15 micro-áreas. Dessas 201 famílias, 54 residem na área coberta pela Equipe Azul. Isso corresponde a aproximadamente 27% das famílias que recebem o benefício. Essas 54 famílias compõem-se de 269 pessoas, 111 (41%) homens e 158 (59%) mulheres.

Cada micro-área tem um agente comunitário de saúde responsável pela verificação das condicionalidades do Programa Bolsa Família, que são compromissos fundamentais da família para garantir sua permanência no programa. São elas:

- Matricular e manter seus dependentes de 6 a 15 anos na escola;
- Estar com o cartão de vacinação atualizado;
- Garantir a participação de seus familiares nos serviços básicos de saúde, principalmente nos casos de gestantes e mães que estão amamentando:
 - Levar a criança para medir, pesar e ser examinada conforme o calendário da saúde;

- Para as gestantes e mães que estão amamentando: participar do pré-natal e ir às consultas na unidade básica de saúde após o parto; participar das atividades realizadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno;
- Manter seus dados cadastrais atualizados na gerência do Programa Bolsa Família de sua Regional (14).

Uma vez que há condicionalidades relacionadas à saúde, a Equipe de Saúde da Família credencia-se como co-responsável no cumprimento desses compromissos fundamentais.

Este projeto de intervenção será feito com famílias em risco social onde, portanto, as condições de moradia, alimentação, trabalho, renda, meio ambiente, transporte e lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde pressupõem ser mais precárias, levando a condições de saúde também precárias, com índice de cárie e outros agravos que deixam marcas e prejudicam a auto-estima e inclusão social.

Além disso, o Projeto Global de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte preconiza como uma das ações de promoção/prevenção/vigilância a distribuição de escovas e pastas dentais nas Unidades Básicas de Saúde para as famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, critério que identifica as famílias de maior vulnerabilidade social (15). Portanto, fazem parte do grupo de atendimento prioritário pela Secretaria Municipal de Saúde.

Também, será, uma oportunidade de se começar a produzir e trabalhar na Unidade Básica de Saúde dados relativos à Odontologia, instigando-nos a fazer da Epidemiologia uma constante em nossa prática. E será, ainda, uma forma de a Equipe de Saúde Bucal do Centro de Saúde Santos Anjos entrar em contato com

parte da população que deve ser assistida pela unidade, de uma maneira mais sistematizada, planejada, levando a uma otimização dos recursos disponíveis para a realização das atividades e uma aproximação maior entre os usuários e a Equipe, o que vem de encontro ao caráter de atendimento mais humanizado, preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

3-DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Vários trabalhos tem abordado a correlação entre classe social e cárie dentária, doença periodontal e outros agravos. O Projeto SB Brasil analisou as condições de saúde bucal da população brasileira: o CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos ou obturados) médio nas idades de 12 e 15 a 19 anos foram, respectivamente, 2,8 e 6,2. Os valores foram menores para o Sudeste e Sul e maiores para o Nordeste e Centro-Oeste; estas regiões mais carentes apresentam uma maior taxa de dentes cariados e perdidos. O Norte e Nordeste possuem maior necessidade de prótese dentária (1).

Tem-se observado grupos específicos de população que permanecem com elevada permanência de cárie dentária, de modo geral, e a especial vulnerabilidade ao agravo está associada à exposição mais intensa aos fatores de risco e à privação social. Em alguns estudos, observou-se que a prevalência de cárie diminuiu na medida medida em que o nível sócio-econômico aumentou, mesmo em áreas sem a adição de flúor à água de abastecimento público. Além disso, a disponibilidade de instalações sanitárias adequadas, favorece às práticas de higiene pessoal (2).

Embora tenham ocorridos avanços no declínio do CPOD, ainda persiste um quadro de iniquidade na distribuição da cárie, que pode ser explicado pelas precárias condições de existência a que é submetida a ampla maioria da população do Brasil. A redução dos valores do CPOD tem sido atribuída à expansão da fluoração das águas de abastecimento público (sobretudo no Sul e Sudeste), à introdução de dentifrícios fluorados no mercado (com maior impacto relativo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e à mudança de enfoque nos programas de odontologia em saúde pública em todas as regiões do país . A efetividade da fluoração das

águas no declínio da cárie é um fato amplamente aceito, tanto por especialistas em saúde pública quanto pela comunidade odontológica, no Brasil e em nível internacional. É reconhecida tanto a efetividade da ação na localidade fluorada quanto em outras áreas, pois a fluoração da água beneficia indiretamente outras comunidades, uma vez que o flúor é também veiculado nos alimentos e bebidas produzidos nas localidades fluoradas (10).

Há que se considerar, também, os aspectos geográficos que podem influenciar, sobremaneira, a saúde bucal da população: a localização dos serviços de atenção odontológica e as formas de acesso a esses serviços (locomoção e transporte), a localização de equipamentos sociais (escolas, centros comunitários e área de lazer), a infra-estrutura local como provedora de condições mínimas de bem estar para a população (saneamento básico, energia elétrica, moradias adequadas e segurança pública) e toda a rede de suporte social. A proximidade/facilidade de acessos aos serviços odontológicos pode levar à utilização dos serviços não apenas para alívio da dor, mas, também, para atendimento preventivo, dependendo de como a população percebe a necessidade dos cuidados bucais e de como é feito o trabalho de promoção de saúde junto a ela (7,8).

Espera-se um comportamento semelhante de perfil epidemiológico das necessidades de tratamento odontológico das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família da Equipe Azul do Centro de Saúde Santos Anjos, uma vez que se pressupõe serem pessoas de maior vulnerabilidade social.

4-OBJETIVO

Fazer o levantamento das necessidades odontológicas da população da Equipe Azul do Centro de Saúde Santos Anjos beneficiária do Programa Bolsa Família para posterior subsídio do planejamento/avaliação de ações interventivas, respeitando o princípio da equidade.

5-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde peculiar do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, baseado em equipes multiprofissionais (equipes de saúde da família) compostas por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 (oitocentas) famílias, aproximadamente 3450 (três mil e quatrocentas e cinquenta) pessoas, residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos.

Nas Equipes de Saúde da Família podem ser inseridas Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por um cirurgião- dentista e um auxiliar de consultório dentário, podendo contar, também, com a presença de um técnico de higiene dental. A possibilidade de inserção destes profissionais na Equipe de Saúde da Família – Portaria 1444 – 28/12/2000 – formando um contexto de equipe única, e não de duas equipes trabalhando de forma distinta, favorece a abordagem do indivíduo como um todo.

O PSF mantém coerência com os princípios de organização do SUS: acessibilidade, resolutividade, regionalização, hierarquização e participação popular. Tem potencialidade para resolver até 90% das demandas da Unidade de Saúde e prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde, o que não significa desconsiderar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além do que todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo de promoção.

Trata-se de uma estratégia eficaz de reorganização da atenção básica uma vez que tem como pressupostos: o foco na família, a adscrição da clientela segundo a lógica da Epidemiologia Social e como ponto forte o estabelecimento de vínculo, laços de compromisso e a responsabilidade entre os profissionais e a população (Ministério da Saúde, 1977).

Na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, a cobertura populacional das ESF foi definida de acordo com um indicador composto que reúne informações relevantes (saneamento, habitação, educação, renda, sociais/saúde), identifica a desigualdade de vida e os riscos à saúde, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos.

Este indicador, definido como Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), classifica a população em níveis de risco muito elevado, elevado, médio e baixo, ficando as ESF(s) nas áreas de maior risco, com um menor número de famílias permitindo a alocação de mais recursos para a população mais vulnerável.

5.2 Saúde Bucal na Atenção Primária - Organização da Demanda

A Atenção em Saúde Bucal se constitui pelo conjunto de ações que incluem a assistência odontológica relacionada aos procedimentos oferecidos aos usuários de forma individual e as ações de alcance coletivo.

Tem como propósito prestar a atenção dentro do princípio da integralidade, onde ações de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação são disponibilizadas simultaneamente de forma individual e coletiva, de modo a promover saúde e satisfazer as necessidades existentes.

A Secretaria Municipal de Belo Horizonte elaborou o Projeto Global de Saúde Bucal que orientará a prestação de serviços odontológicos na rede. Ele tem como compromissos mínimos a ampliação gradativa do acesso aos serviços de saúde bucal; a priorização no atendimento das urgências, conforme diretrizes de responsabilização e vínculo vigentes no SUS-BH; a recuperação estética, através de restaurações diretas e/ou próteses totais ou parciais acrílicas removíveis; a melhoria da função mastigatória, através principalmente de restaurações diretas com ionômero de vidro reforçado; intensificação das ações de promoção da saúde, principalmente para os grupos vulneráveis. A população-alvo para a atenção em saúde bucal é constituída de todos os moradores da área de abrangência da UBS e o acesso é universal, sem focalização por faixa etária. Pode ocorrer através da urgência, da demanda espontânea, do encaminhamento por outras áreas e da ação programada pelo levantamento de necessidades. Este levantamento deve ser entendido como ferramenta fundamental para identificação dos indivíduos prioritários, ainda que aplicado nos grupos reconhecidamente vulneráveis. O

levantamento de necessidades deve ser realizado em todos os espaços de intervenção eleitos:

- No acolhimento dos usuários em saúde bucal das UBS;
- Nos grupos operativos da UBS, para identificação dos indivíduos prioritários em cada situação referida;
- Nos atendimentos de urgência/demanda espontânea/encaminhamentos feitos na UBS;
- Progressivamente nas áreas/famílias de risco elevado e muito elevado, para subsidiar o planejamento local;
- Nos espaços de convívio coletivo (creches , asilos, etc.).

No Centro de Saúde Santos Anjos, o acesso às ações de assistência clínica se dão via:

- demanda programada (acolhimento odontológico feito nos cinco primeiros dias úteis de cada mês);
- demanda espontânea (urgência real e urgência sentida);
- pacientes encaminhados pela equipe médica: -hipertensos;diabéticos; grávidas; outros (crianças e adultos por eles considerados bastante acometidos por “problemas bucais”); pacientes em sofrimento mental.
- pacientes encaminhados pelos agentes comunitários de saúde.

Além das ações de assistência clínica, a Equipe de Saúde Bucal participa anualmente da campanha de vacinação de idosos, onde os mesmos são examinados para controle de lesões de mucosa, é feita a codificação das necessidades e agendamento para o tratamento, se necessário.

É feito também atendimento das crianças e adolescentes da “Casa Lar”, instituição que mantém meninas de zero a 18 anos. Anualmente, é feito um levantamento das necessidades em saúde bucal, e posterior agendamento -se necessário-, além de orientação de cuidados de higiene oral e alimentação.

Para a população da Equipe Azul beneficiada pelo Programa Bolsa Família serão desenvolvidas, prioritariamente, ações de assistência clínica, tornando-a parte de uma demanda organizada.

5.3 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) integra o FOME ZERO, que visa assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional, e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome. Visa, portanto, a inclusão dessa faixa da população brasileira.

É um programa de transferência direta de renda, com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, de acordo com a Lei 10836(09/01/2004) e o Decreto 5749(11/04/2006). Tem como público alvo:

- famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda per capita mensal de até R\$ 70,00 (setenta reais), tendo elas filhos ou não;

- famílias com renda per capita mensal entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00, consideradas pobres, que apresentem em sua composição gestantes e crianças e adolescentes entre 0 e 15 anos;

- famílias com renda per capita mensal entre R\$ 00,00 e R\$ 140,00, que apresentem em sua composição adolescentes de 16 e 17 anos.

Caracteriza-se FAMÍLIA, "a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros." (Lei 10836)

O Programa Bolsa Família tem três tipos de benefícios: o Básico, o Variável e o Variável Vinculado ao Adolescente. O Benefício Básico, de R\$ 68,00 (sessenta e oito reais), é pago às famílias consideradas extremamente pobres, mesmo que elas

não tenham crianças, adolescentes ou jovens. O Benefício Variável, de R\$ 22,00 (vinte e dois reais), é pago às famílias pobres, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos. Cada família pode receber até três benefícios variáveis, ou seja, R\$ 66,00 (sessenta e seis reais). O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, de R\$ 33,00 (trinta e três reais), é pago a todas as famílias do PBF que tenham adolescentes de 16 e 17 anos freqüentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente.

O recebimento do benefício é vinculado ao cumprimento, pela família, de compromissos (condicionalidades) nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social. O acompanhamento das condicionalidades é realizado de forma conjunta pelos ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Saúde e da Educação. São elas: matrícula e manutenção de seus dependentes de 6 a 15 anos na escola; manutenção do cartão de vacinação atualizado; participação dos familiares nos serviços básicos de saúde, principalmente as gestantes e mães que estão amamentando, através da participação do pré-natal e nas consultas na unidade básica de saúde após o parto e na participação das atividades realizadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno; manutenção dos dados cadastrais dos beneficiados atualizados na gerência do Programa Bolsa Família de sua Regional.

As condicionalidades são, ao mesmo tempo, responsabilidades do Poder Público e ações que se inserem em políticas definidas como direitos universais pela Constituição Federal. São um mecanismo para elevar o grau de efetivação de direitos sociais por meio da indução da oferta e da demanda por serviços de saúde, educação e assistência social.

As famílias em situação de maior vulnerabilidade e risco social serão aquelas que sequer conseguirem acessar seus direitos sociais mínimos e, portanto, exigirão mobilização de esforços por parte das três esferas do Governo para seu atendimento prioritário.

O Programa Bolsa Família compreende, também, a coordenação de programas complementares que tem por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que seus beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza.

São exemplos de programas complementares: programas de geração de renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos.

A execução do PBF depende da existência do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), que identifica as famílias a serem beneficiadas. O CadÚnico, regulamentado pelo Decreto 6135 (26/06/2007), é um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país. As famílias cadastradas podem não se tornar famílias beneficiárias do PBF, mas podem ser inseridas em outros programas federais. Devem ser cadastradas as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou, ainda, as famílias com renda mensal de até três salários mínimos. O CadÚnico constitui uma base de informações que pode ser usada pelos governos municipais, estaduais e federal, não apenas para obter o diagnóstico socioeconômico das famílias cadastradas, mas para orientar o planejamento dos programas e ações direcionadas às camadas mais vulneráveis.

6- METODOLOGIA

Grupo Selecionado

O projeto de intervenção será realizado em todos os membros (crianças, adolescentes, adultos e idosos) das famílias pertencentes à Equipe Azul cadastradas no Programa Bolsa Família que se interessarem. Todas as 269 pessoas das 54 famílias beneficiadas serão convidadas.

Equipe de trabalho

Este projeto envolverá a participação da cirurgiã-dentista e auxiliar de saúde bucal responsáveis pela atenção odontológica da Equipe Azul, assim como das agentes comunitárias de saúde da referida equipe.

Índices e instrumentos utilizados

Será usado o **LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS**, índice recomendado pela Coordenação de Saúde Bucal de Belo Horizonte na codificação dos usuários a serem atendidos nas unidades básicas de saúde. Ele compreende certos códigos que orientam quanto à necessidade de tratamento de cárie, extrações e doença periodontal, e estão discriminados abaixo:

Código 0 - não apresenta dente permanente e/ou temporário com cárie;

Código 1- apresenta até 3 dentes permanentes e/ou temporários cariados;

Código 2 - apresenta de 4 a 8 dentes permanentes e/ou temporários cariados;

Código 3 - mais de 8 dentes permanentes e/ou temporários estão cariados;

Código 4 - apresenta indicação de extrações múltiplas. Aplica-se a adultos.

Código 5 - apresenta a doença periodontal como maior problema.

Coleta de dados

O trabalho inicial das quatro agentes comunitárias de saúde será de divulgação, orientação, convite e agendamento prévio dos pacientes para posterior exame clínico dos mesmos. Este trabalho será feito na segunda quinzena de junho.

Os exames intrabucais serão realizados pela cirurgiã-dentista, no consultório odontológico da unidade básica de saúde, com o uso de espelho bucal e sonda exploradora, sendo observadas as seguintes características relativas à saúde bucal: coroa dentária, necessidade de tratamento odontológico do elemento dentário, condição periodontal, uso e necessidade de prótese, e presença de alterações de tecidos moles. A técnica em saúde bucal fará as anotações na planilha **LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS** (ANEXO 2), com informações sobre nome, idade, sexo, dentes presentes - hígidos ou cariados - presença ou não de doença periodontal, código das necessidades odontológicas, uso e/ou necessidade de prótese, e presença ou não de lesão de mucosa.

Será aplicado o questionário **ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS** (ANEXO 1) ao responsável por cada família examinada, em visita da cirurgiã-dentista às residências. Para a etapa de exame dos usuários e aplicação do questionário está previsto um tempo de trinta dias, e mais quinze dias para tabulação, análise dos dados e planejamento das ações de intervenção.

Cronograma de atividades

	Julho 1ª.quinzena	Julho 2ª.quinzena	Agosto 1ª.quinzena	Agosto 2ª.quinzena	Setembro 1ª.quinzena
Convite/agenda- mento dos usu- ários (ACS)		X			
Exame clínico e aplicação do questionário (CD/ASB)			X	X	
Tabulação/aná- lise e planeja- mento de inter- venção (ESB)					X

7- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 54 famílias que recebem bolsa família, 31 (57%) compareceram para exame, correspondendo a 121 pessoas (45% de um total de 269 pessoas). Das 23 famílias que não compareceram, 20 (87%) não se interessaram, 1 (4%) já havia tratado, e 2 (9%) mudaram-se.

Analisando a Tabela 1, no seu sentido vertical, percebemos que apenas 57 pessoas das 121 examinadas não tem necessidade de atenção odontológica, ou seja 47% da população, sendo 25 homens e 32 mulheres. 31 pessoas (26%), 4 homens e 27 mulheres, classificam-se como código 1; 20 pessoas (16%), 8 homens e 12 mulheres, classificam-se como código 2; 7 pessoas (6%), 2 homens e 5 mulheres, classificam-se como código 3; 4 pessoas (3%), 1 homem e 3 mulheres, classificam-se como código 4 e 2 pessoas (2%), 2 mulheres, classificam-se como código 5. Constatamos um total de 81 mulheres examinadas para 40 homens (2/1). O fato de acontecer o dobro de mulheres para exame pode sugerir uma maior preocupação delas com relação à saúde, já que a composição mulher/homem das famílias beneficiadas (1,4/1) difere bastante da razão 2/1 encontrada. O fato de o horário de atendimento da Unidade Básica de Saúde coincidir com o horário de trabalho da maioria das pessoas pode ser uma outra hipótese que explica o menor comparecimento dos homens ao exame. Numa análise horizontal da mesma tabela, percebemos que a maior prevalência de cárie encontra-se na faixa etária de 0 a 9 anos (36%), seguida da de 10 a 19 (32%), ou seja, 68% da população, o que é de certa forma explicável uma vez que o Programa Bolsa Família beneficia particularmente famílias compostas por crianças e adolescentes e, portanto, foram as faixas etárias que mais compareceram ao exame. O fato de crianças e

adolescentes terem predileção por guloseimas, talvez possa também explicar tais achados (6), principalmente por se tratarem de dentes decíduos e permanentes jovens com grande tempo de exposição na cavidade bucal.

TABELA 1. NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS POR FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária (anos)	CÓDIGO						Total de Pessoas Examinadas	Porcentagem
	0	1	2	3	4	5		
0-9	20	11	8	4	-	-	43	36 %
10-19	26	8	4	1	-	-	39	32 %
20-39	9	7	7	1	1	-	25	20 %
40-49	2	4	1	1	2	2	12	10%
50-59	-	1	-	-	-	-	1	1 %
60+	-	-	-	-	1	-	1	1 %
TOTAL	57	31	20	7	4	2	121	100%
	47%	26%	16%	6%	3%	2%	100%	

Há de se considerar também a disponibilidade ou não de instalações sanitárias adequadas nas residências, fator que favorece as práticas de higiene pessoal (10). O aspecto geográfico é outro fator que pode estar relacionado com os dados coletados (7): apesar da relativa proximidade entre a Unidade Básica de Saúde e a área compreendida pela Equipe azul, a Equipe de Saúde Bucal responsável por ela também o é por uma outra equipe. Portanto, são uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma técnica de saúde bucal para atender a uma população aproximada de 7200 pessoas. Isto dificulta muito o acesso ao serviço.

Os dados analisados a partir do questionário “Acessos a Serviços Odontológicos”, demonstra com propriedade a dificuldade de acesso ao serviço: de um total de 27 famílias entrevistadas, 100% tiveram acesso a tais serviços, mas 59%, há 3 anos ou

mais, 22% de 1 a 2 anos, e apenas 19% há menos de 1 ano. As 4 famílias não entrevistadas não estavam no local. 52% procuraram o serviço público, 33% o serviço privado liberal, 4% convênio, e 11%, o serviço filantrópico. As causas variaram de consulta de rotina/tratamento (63%), dor (33%) e outras (4%). Quase todos receberam atendimento (96%). Os 4% que não o receberam não podiam pagar por ele. A qualidade do atendimento foi avaliada de ótimo (44%), bom (26%), regular (22%), e ruim (4%).

As maiores necessidades odontológicas encontradas na faixa etária de 0-19 (0-9 e 10-19) anos, parecem ser indício de se tratar de um grupo mais vulnerável, portanto justificando tratarem-se dos primeiros usuários a serem abordados quando da execução do projeto de intervenção.

Na análise das necessidades odontológicas para cada faixa etária examinada, os resultados dispostos nas Tabelas 2, 3, 4, 5, 6 e 7 nos mostram que 53,5% da população de 0 – 9 anos; 33,4% de 10 – 19 anos; 64% de 20 – 39 anos; 83,3% de 40 – 49 anos; 100% de 50 – 59 anos e 100% de idosos demandam atendimento, e o fato de encontrarmos parte da população livre de cárie pode ser ou porque toda a população assistida pela unidade básica de saúde tem acesso a saneamento básico, com água tratada, portanto fluoretada, fator que sabidamente contribui para a redução do índice de cárie e seus consequentes agravos (10), ou porque os dentes já foram restaurados.

TABELA 2. NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS DE 0-9 ANOS

CÓDIGO	Pessoas Examinadas	Porcentagem
0	20	46,5%
1	11	25,6%
2	8	18,6%
3	4	9,3%
Total de pessoas Examinadas	43	100%

TABELA 3. NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS DE 10-19 ANOS

CÓDIGO	Pessoas Examinadas	Porcentagem
0	26	66,6%
1	8	20,5%
2	4	10,3%
3	1	2,6%
Total de pessoas Examinadas	39	100%

TABELA 4. NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS DE 20-39 ANOS

CÓDIGO	Pessoas Examinadas	Porcentagem
0	9	36,0%
1	7	28,0%
2	7	28,0%
3	1	4,0%
4	1	4,0%
5	-	-
Total de pessoas Examinadas	25	100%

TABELA 5. NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS DE 40-49 ANOS

CÓDIGO	Pessoas Examinadas	Porcentagem
0	2	16,7%
1	4	33,3%
2	1	8,3%
3	1	8,3%
4	2	16,7%
5	2	16,7%
Total de pessoas Examinadas	12	100%

TABELA 6. NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS DE 50-59 ANOS

CÓDIGO	Pessoas Examinadas	Porcentagem
1	1	100%
Total de pessoas Examinadas	1	100%

TABELA 7. NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS EM IDOSOS

CÓDIGO	Pessoas Examinadas	Porcentagem
4	1	100%
Total de pessoas Examinadas	1	100%

Comparando-se a quantidade de dentes cariados por faixa etária, para homens e mulheres, encontramos 75 dentes cariados nos homens e 151 nas mulheres, relação que ficou igual àquela verificada entre a quantidade de mulheres e homens examinados (2/1). Entretanto, considerando-se cada faixa etária separadamente, a maior quantidade de dentes cariados ocorre em mulheres na faixa etária de 20-39 anos, apesar de as faixas etárias de 0-9 e 10-19 anos, em conjunto serem as responsáveis pela maioria dos dentes cariados - 63% do total dos 226 dentes cariados (Tabela 8).

TABELA 8. DENTES CARIADOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

Faixa Etária (anos)	Cariados em Homens	Cariados em Mulheres
0-9	40	34
10-19	27	41
20-39	-	52
40-49	8	15
50-59	-	9
Total de pessoas Examinadas	75	151

Não houve registro de lesão de mucosa.

Avaliação do uso/necessidade de prótese removível (Tabela 9)

Quanto ao uso e necessidade de prótese removível, foram examinados três homens e quinze mulheres distribuídos entre 27 e 63 anos. Foram encontradas três pessoas usando prótese total removível superior e inferior, três pessoas usando prótese total removível superior e com necessidade de prótese parcial removível inferior, uma pessoa usando prótese total removível superior e sem necessidade de prótese inferior. Onze pessoas não usam prótese mas, destas, seis necessitam de prótese parcial removível superior e inferior, duas pessoas necessitam de prótese total removível superior e inferior, duas pessoas necessitam de prótese parcial removível inferior e uma pessoa necessita de prótese parcial removível inferior.

TABELA 9 - USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE REMOVÍVEL POR IDADE E SEXO

Nome	Idade	Sexo		Uso de Prótese				Necessidade de Prótese			
				Sup		Inf		Sup		Inf	
		M	F	PTR	PPR	PTR	PPR	PTR	PPR	PTR	PPR
C MP	54	x		x		x					
MTJ	54		x	x		x					
ACC	38		x	x							
MLSP	60		x	x							x
CFS	36		x	x		x					
EGS	40	x		x							x
MASS	46		x	x							x
EFC	63		x					x		x	
RCM	39		x						x		
VOS	38		x						x		x
MMS	48		x						x		x
AS	35		x						x		x
RJS	49		x						x		x
WCF	27	x									x
LP	43		x						x		x
MAMS	43		x					x		x	
VMS	39		x								x
CPA	39		x						x		x

PPR - Prótese parcial removível

PTR - Prótese total removível

8- CONCLUSÃO

Este levantamento será de grande valia para a organização do serviço odontológico em virtude de ser um “ retrato” das necessidades odontológicas da população da Equipe Azul do Centro de Saúde Santos Anjos beneficiária do Programa Bolsa Família, e isso nos permitirá priorizar o acesso e atendimento daqueles que se encontram mais vulneráveis socialmente, respeitando o princípio da equidade. É necessário planejar ações estratégicas para atender essa população, facilitando-lhe o acesso aos serviços oferecidos pela Equipe de Saúde Bucal, de maneira que ela se sinta acolhida, pertencente à unidade e co-responsável pela sua saúde bucal.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-BRASIL – Ministério da Saúde. **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. Coordenação de Saúde Bucal – Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

2 - Baldani, M. H; Vasconcelos, A.G.G.; Antunes, J.L.F. Associação do índice CPOD com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 20, n. 1, p. 143-152, jan./feb. 2004.

3- Petry, P.C.; Victora, C.G.; Santos, I.S. Adultos livres de cárie: estudos de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 16, n. 1, p. 145-153, jan./mar. 2000.

4- PET-SAÚDE – UFMG/SMSA PBH – DEZEMBRO/2009

5- Moreira, T. P; Nations, M.K.; Alves, M.S. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.23, n.6, Rio de Janeiro, junho 2007.

6-Tomita, N. E ; Nadanovsky, P.; Vieira A. L. F.; Lopes E. S. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares **Rev. Saúde Pública**, vol.33, n.6, São Paulo, dez. 1999.

7-Moreira R. S.; Nico L. S.; Tomita N. E. – A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciência e Saúde Coletiva**, janeiro-março, ano/volume 12, n. 001 pp. 275-284. Rio de Janeiro; 2007

8-Figueiredo, M. C.; Silva D. D. F.; Bez A. S. – Autopercepção e conhecimento sobre saúde bucal de moradores de uma comunidade carente do município de Porto Alegre-RS. **Conscientiae Saúde**, ano/vol.7, n. 001, Universidade Nove de Julho, São Paulo, pp. 43-48.

9-Abreu M. H. N. G.; Pordeus I. A.; Modena C. N. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, vol.16 no.5, Washington, Nov. 2004.

10-Narvai,P. C.; Frazão, P.; Roncalli, A. G.; Antunes, J. L. F.Cárie dental no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 19 (6), junho 30, 2006, pp 385-393.

11- BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Índice de vulnerabilidade à saúde 2003.

12- BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal 2006.

13- BRASIL. Lei nº 10.836. Regulamenta o Programa Bolsa Família Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

14- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome www.mds.gov.br/bolsafamilia. Acesso em 15 novembro 2009.

15- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Projeto Global de Saúde Bucal Aprovado no Plenário do CMS-BH em 13/07/2006.

10- ANEXOS

ANEXO 1

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Nome:

Endereço:

1. Já foi ao dentista alguma vez na vida?

Não

Sim

2. Há quanto tempo?

Nunca foi ao dentista

Há 2 semanas

Menos de 1 ano

De 1 a 2 anos

Há 3 anos ou mais

3. Onde?

Nunca foi ao dentista

- Serviço público (UPA, centro de saúde, hospital público)
- Serviço privado liberal (consultórios e clínicas odontológicas em que houve pagamento direto ao profissional)
- Serviço privado suplementar (planos e convênios)
- Serviço filantrópico(igrejas,clubes,fundações,associações,etc.)
- Outros

4.Por que?

- Nunca foi ao dentista
- Consulta de rotina / reparos / manutenção
- Dor
- Sangramento gengival
- Cavidades nos dentes
- Ferida,caroço ou manchas na boca
- Rosto inchado
- Outros

5.Recebeu atendimento?

Não

Sim

6. Por que não?

Faltou vaga / senha

Não havia dentista atendendo

Não havia dentista / profissional especializado

Equipamento com defeito

Falta de material de consumo

Não podia pagar

Esperou muito e desistiu

Outro motivo

7. Como avalia o atendimento?

Nunca foi ao dentista

Ótimo

Bom

Regular

Ruim

Pessim

