

Maria Elizabeth Figueiredo Álvares da Silva

SAÚDE BUCAL E PROGRAMA BOLSA
FAMÍLIA: um projeto de intervenção na área
de abrangência do C.S. Nazaré.

Belo Horizonte/MG
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Novembro de 2009

Maria Elizabeth Figueiredo Álvares da Silva

SAÚDE BUCAL E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: um projeto de intervenção na área de abrangência do C.S. Nazaré.

Trabalho final apresentado ao Programa de Pós – graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

Prof^a. Tutora: Maria Inês Barreiros Senna

Belo Horizonte/MG
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Novembro de 2009

AGRADECIMENTOS:

À Deus, pela vida e graça concedida.

À Maria Inês Barreiro Senna, minha tutora, pelo incentivo, carinho e paciência.

Aos professores pelo carinho e dedicação.

Às minhas filhas Marília e Sarah pela força, boa vontade e ajuda.

Ao meu marido Fabiano pelo incentivo e apoio.

À minha Auxiliar de Saúde Bucal, Georgita, pelo incentivo e ajuda para a realização deste trabalho.

TABELA

SIGLAS:

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ACS

AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – ASB

CENTRO DE SAÚDE - CS

CIRURGIÃO DENTISTA-CD

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL - ESB

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DE SAÚDE – IVS

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – PBF

TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – TSB

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS

TABELA:

GRÁFICOS

1- Pacientes atendidos	p. 22
2- Levantamento de necessidade (INTO)	p. 23
3- Levantamento de necessidades 0-5 anos	p. 24
4- Levantamento de necessidades 5 a 10 anos	p. 24
5- Levantamento de necessidades 10 a 15 anos	p. 25
6- Levantamento de necessidades 15 a 20 anos	p. 25
7- Levantamento de necessidades 20 a 25 anos	p. 26
8- Levantamento de necessidades 25 a 30 anos	p. 27
9- Levantamento de necessidades 30 a 35 anos	p. 27
10- Levantamento de necessidades 35 a 40 anos	p. 28
11- Levantamento de necessidades 40 a 45 anos	p. 28
12- Levantamento de necessidades 45 a 50 anos	p. 29
13- Levantamento de necessidades 50 a 55 anos	p. 29
14- Levantamento de necessidades 55 a 60 anos	p. 30
15 – Uso de Prótese total ou removível	p. 30
16 – Necessidade de prótese	p. 31
17- Lesão de mucosa	p. 31
18 – Acesso ao dentista	p. 32
19- Tipo de serviço utilizado ao ir ao dentista	p. 33
20- Motivo da consulta	p. 33

RESUMO

O objetivo desse projeto de intervenção foi desenvolver uma abordagem dos problemas de saúde bucal de 160 pessoas, distribuídas em 43 famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF), residentes na área de abrangência do C. S. Nazaré. As famílias cadastradas no Programa Bolsa Família podem ser consideradas como um dos grupos de maior risco para o desenvolvimento de doenças e agravos, tendo em vista as restrições sócio-econômicas a que são submetidas.

Além disso, a intensificação de ações de promoção da saúde para este grupo populacional, por meio de planejamento de distribuição de escovas e cremes dentais é uma das diretrizes indicadas pelo “Protocolo para a Atenção Básica em Saúde Bucal” da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Foi realizado um levantamento de necessidade de saúde bucal de 74 pessoas (46,3 %) que compareceram para participar do levantamento das necessidades. A maioria (82 %) apresentava necessidade de tratamento odontológico. Cerca de 44% apresentava código 2 (4 a 8 elementos com cavidade evidente), 34 % apresentava código 1 (até 3 elementos) e só 18 % não tinha necessidade de tratamento odontológico.

A polarização da cárie dentária pode ser observada, pois 44% dos examinados apresentavam mais de 4 elementos dentais atacados por cárie. As faixas etárias mais acometidas por cárie foram as de 5-10 anos e de 10-15 anos.

Esses resultados indicam que o acesso precoce aos serviços de saúde bucal é um desafio no cotidiano das famílias com piores condições de vida.

Observamos a necessidade de se construir novas estratégias para atingir e sensibilizar essa população, com objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal do Centro de Saúde Nazaré.

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

Sumário:

1) Introdução	8
2) Contextualização do Problema: o Centro de Saúde Nazaré	8
• 2.1 Saúde bucal na atenção primária	10
• 2.2 Organização do acesso para o atendimento clínico	11
• 2.3 Frentes de trabalho em odontologia	11
• 2.4 Grupos operativos no Centro de Saúde Nazaré	11
• 2.5 Comissão local de saúde	12
3) Objetivo Geral	12
4) Revisão da Literatura	13
• 4.1 Condições socioeconômicas determinantes da saúde	13
• 4.2 Programa Bolsa Família	15
5) Metodologia	18
• 5.1 Grupo selecionado:	18
• 5.2 Índices e instrumentos utilizados:	18
• 5.3 Coleta de dados:	19
• 5.4 Análise dos Dados	19
6) Avaliação do Projeto de Intervenção	20
7) Cronograma do Projeto de Intervenção	21
8) Relatório das atividades do projeto “Saúde Bucal e Programa Bolsa Família: um projeto de intervenção na área de abrangência do C.S. Nazaré”.	22
• 8.1 Taxa de participação no levantamento de necessidades em saúde bucal.	22
• 8.2 Distribuição de frequência dos critérios de codificação do levantamento de necessidades	22
• 8.3 Distribuição de frequência dos critérios de codificação do levantamento de necessidades, de acordo com faixa etária.	23
• 8.4 Uso e necessidade de prótese	30
• 8.5. Lesão de Mucosa	31
• 8.6 Uso e acesso a serviços odontológicos	31
9) Referências Bibliográficas	34
10) Anexos	36

1. INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção foi desenvolvido na Regional Nordeste, no Centro de Saúde Nazaré e buscou conhecer as condições de saúde bucal das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família residentes na área de abrangência da Equipe Azul do Centro de Saúde Nazaré no sentido de desenvolver ações coletivas e individuais de prevenção, educação e atenção à saúde bucal.

A população total da área de abrangência do Centro de Saúde Nazaré era de 13.816 habitantes (IBGE, 2000), distribuídos num total de 3.334 famílias, das quais 423 famílias (13%) são beneficiárias do programa Bolsa Família. Destas, 75 famílias (18%) residem na área da equipe azul, totalizando 430 pessoas.

É fundamental a realização do levantamento de necessidades em saúde bucal visto que se tratam de famílias com grande risco social, às quais tem as condições de moradia, trabalho, alimentação, renda, transporte, lazer e acesso aos serviços de saúde precários, levando-se em consideração as condições de saúde geral, também bastante precárias. 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 CENTRO DE SAÚDE NAZARÉ

O Centro de Saúde Nazaré encontra-se na Regional Nordeste e tinha uma população total de 13.816 pessoas e um total de 3334 famílias (IBGE 2000). A área de abrangência é composta por 24 microáreas, e 12 setores censitários, sendo 2 de muito elevado risco, 8 de elevado risco, e 2 de médio risco de adoecer.

A população, segundo o Censo 2000 e o Índice de Vulnerabilidade de Saúde (IVS), reside em áreas de:

- Muito elevado risco - 2385 (17,23%)
- Elevado risco - 8793 (63,64%)
- Médio risco - 2638 (19,09%)

A população alvo da equipe azul contemplada pelo Programa Bolsa Família se encontra, principalmente, em áreas de médio e elevado riscos, segundo o IVS.

O Centro de Saúde tem cinco equipes de saúde da família (um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem) e quatro equipes de apoio (um generalista, um ginecologista, um pediatra e um psiquiatra). A saúde bucal é composta por três ESB, sendo que um ESB atende duas ESF (8 horas) verde e amarela, e outra ESB atende outras duas ESF (8 horas) laranja e vermelha e uma ESB (apoio – 4 horas) atende uma ESF azul. Cada ESB é composta por um CD e um ASB. Além disso, elas possuem um TSB comum às três equipes.

O CS possui uma sala de recepção, uma sala administrativa, uma sala da gerência, uma sala para reuniões, uma sala multiuso, um almoxarifado, quatro banheiros para usuários, quatro banheiros para funcionários, uma copa-cozinha, um setor para esterilização, uma sala de coleta de material para exames, uma farmácia, um escovário, oito consultórios médicos e cinco de enfermagem, quatro consultórios odontológicos, uma sala de vacina e uma sala de curativos. Tem-se ainda a sala de zoonose com seis profissionais de zoonose, a psicologia com duas psicólogas, uma de manhã (4 horas) e outra à tarde (4 horas) e uma assistente social. Os médicos são: 5 generalistas, 1 generalista apoio, 1 ginecologista apoio, 1 pediatra apoio e 1 psiquiatra apoio. Os enfermeiros são: 5 enfermeiros (8 horas), 1 enfermeira apoio (4 horas), 12 auxiliares de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem apoio.

O setor administrativo é composto pelo gerente, 6 auxiliares administrativos e 2 estagiários do setor. Tem-se ainda 2 auxiliares de serviços gerais, 2 porteiros, 1 guarda municipal e 21 agentes comunitários de saúde (ACS) distribuídos entre as 5 ESF. Nos últimos cinco anos, não foram feitos levantamentos de necessidades de tratamento odontológico entre os usuários do Centro de Saúde Nazaré. Isso dificultou o atendimento dos dentistas, pois não conheciam as condições sócio-econômicas e bucais de seus pacientes. O Projeto de Intervenção permitirá conhecer as condições de saúde bucal e

intervir de forma eficiente tanto a nível de ações clínicas (curativas) quanto de ações em grupos operativos, de forma preventiva.

Atualmente, existe uma parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá, para desenvolvimento de estágio (em torno de 8 estagiários) no CS Nazaré. Esses estagiários estão envolvidos no trabalho de promoção à saúde, participando dos grupos de hipertensos e diabéticos. Outra parceria no CS Nazaré é com o Núcleo de Apoio Assistencial a Família (NASF) que contribui com um fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga. Esses profissionais atendem três vezes por semana.

O acesso de pacientes é feito em todos os consultórios, por demanda espontânea; busca ativa por meio de ACS, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistente social, dentre outros.

2.1 SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com o documento "A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: Recomendações para a Organização Local", a atenção em saúde bucal é composta pelo conjunto de ações que incluem a assistência coletiva (grupos operativos) e a assistência individual.

A assistência odontológica tem por finalidade prestar a atenção dentro do princípio da integralidade, no qual ações de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação são oferecidas simultaneamente de forma individual e coletiva. A assistência tem por objetivo promover saúde e satisfazer as necessidades da demanda. O acolhimento, antes de tudo, significa ouvir e atender às necessidades do usuário, resolvendo seu problema na UBS ou, às vezes, encaminhando-o para uma unidade secundária.

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 atendimento odontológico prioriza os grupos que contém:

1. Grande risco social (famílias com problemas sócio-econômicos graves), como por exemplo, o grupo das famílias contempladas pelo Programa Bolsa Família.
2. Usuários com risco sistêmico (diabéticos, hipertensos, portadores de necessidade especiais, dentre outros).
3. Usuários de acordo com faixa etária (crianças e idosos).
4. Gestantes (BELO HORIZONTE, 2006).

2.2 ORGANIZAÇÃO DO ACESSO PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO

1. Demanda programada: o acolhimento odontológico é realizado três vezes por semana com hora marcada e também são atendidos os pacientes agendados anteriormente para tratamento clínico.
2. Demanda espontânea: são atendidos pacientes com urgência real e urgência sentida.
3. Os pacientes encaminhados pela equipe médica (hipertensos, diabéticos, grávidas, crianças, idosos e pacientes com necessidades especiais) são agendados para tratamento odontológico com prioridade em relação a outros.
4. O CD faz a visita domiciliar e o agendamento, quando necessário para tratamento. Os ACS também fazem busca ativa e solicitam o agendamento, se necessário.

2.3 FRENTES DE TRABALHO EM ODONTOLOGIA

1. Os procedimentos odontológicos realizados no Centro de Saúde são: exodontias, ART, restaurações em resina, restaurações em amálgama, pulpotomia, drenagem de abscesso, polimentos coronários, tartarectomia, dentre outros.

2. Grupos operativos com palestras e escovação – atividades educativas e preventivas.

2.4 GRUPOS OPERATIVOS NO CENTRO DE SAÚDE NAZARÉ

Na Centro de Saúde Nazaré são desenvolvidas as seguintes atividades coletivas: grupos de hipertensos, diabéticos, nutrição, psicologia para a terceira idade, terapia chinesa Lian Gong.

2.5 COMISSÃO LOCAL DE SAÚDE

A Comissão Local de Saúde é composta por 1 gerente, 5 pessoas da associação de bairro, 2 servidores e 2 usuários. Os encontros da Comissão Local de Saúde são realizados mensalmente. A Comissão Local de Saúde possui um representante na Comissão Distrital de Saúde.

3. OBJETIVOS

O projeto de intervenção tem como objetivo conhecer a situação de saúde bucal dos componentes das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, residentes na área de abrangência da Equipe Azul do Centro de Saúde Nazaré, visando desenvolver e monitorar ações de atenção a níveis individual e coletivo.

Como objetivos específicos se colocam:

- Realizar levantamento de necessidades de saúde bucal das referidas famílias;
- Desenvolver o controle das doenças bucais por meio da adoção dos procedimentos-padrão e ações de promoção da saúde;
- Conhecer o uso e acesso aos serviços de saúde bucal pelos titulares do Programa Bolsa Família

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DETERMINANTES DA SAÚDE

O termo saúde não significa apenas a ausência de doença, mas também a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República, evoluiu de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde (SEGRE; FERRAZ, 1997; ALMEIDA FILHO, 2000).

Na articulação entre saúde e condições/qualidade de vida, pode-se identificar o desenvolvimento de uma estratégia das mais promissoras para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Trata-se da promoção de saúde, que partindo do conceito amplo sobre o processo saúde – doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução, assim a promoção de saúde passou a associar-se às medidas preventivas sobre o ambiente físico e estilos de vida, não apenas ligado à idéia hegemônica do determinismo biológico e genético. Desta forma, o conceito moderno de promoção de saúde é caracterizado pela constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sugerindo, desta forma, uma nova proposta de reorganização da saúde na atenção básica (BUSS, 2000; KUHN, 2002; COHEN et al, 2004. Uma boa saúde, poderia ser entendida como o

melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, e uma importante dimensão da qualidade de vida (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Idealmente, a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a boca às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. As ações de promoção incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos, tanto para doenças da cavidade bucal como para outros agravos. A equipe de profissionais de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de auto-cuidado por pacientes, famílias e comunidades. (BRASIL – Ministério da Saúde, 2004; BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES, 2004). Não há dúvidas quanto à importância de uma prática odontológica que contemple a saúde bucal coletiva, universalizando o acesso e garantindo a equidade no atendimento das necessidades da população (PETRY; VICTORA; SANTOS, 2000).

Uma das maiores críticas à educação em saúde bucal tradicional tem sido sua abordagem estreita, isolada e segmentada, essencialmente separando a boca do resto do corpo. O conceito primordial da abordagem de risco é que, através do direcionamento da ação sobre esses riscos comuns e seus determinantes sociais subjacentes, serão alcançadas mais eficientemente, e com maior eficácia melhoras em uma série de condições crônicas. Assim, o controle da cárie dentária não está limitado ao monitoramento de seus fatores determinantes em nível individual na prática odontológica. A sociedade precisa ser saudável como um todo e oferecer naturalmente para todos a possibilidade de viver sem a doença (BÖNECKER; SHEIHAM, 2004).

No Brasil, o Projeto de Saúde Bucal – 2003 demonstrou que 27% das crianças de 18 a 36 meses e quase 60% das crianças de 5 anos de idade apresentavam pelo menos um dente decíduo cariado. Em média, uma criança brasileira com até três anos de idade já possui, no mínimo, um dente com

experiência de cárie; aos cinco anos, esse valor aumenta para quase três dentes (BRASIL – Ministério da Saúde, 2004). Já houve a verificação do impacto negativo da cárie severa sobre a saúde bucal relacionada à qualidade de vida em pacientes com idade de quatro anos, onde os danos orais em crianças mais acometidas faziam com que elas se ausentassem da escola, deixassem de brincar com outras crianças por causa de fortes dores e, ainda, se mostravam com vergonha de sorrir (FEITOSA; COLARES; PINKHAM, 2005).

Todos os autores acima reforçam que, para realizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população e condições do ambiente físico, social, econômico, além de seus estilos de vida.

Diante da multicausalidade da cárie dentária, com seus conhecidos fatores determinantes tanto biológicos como comportamentais, surge a necessidade de pesquisas que incluam a sua interação com os conceitos de bem-estar relacionados à vida de mães, pais e crianças. A carência de estudos que relacionam os benefícios atuais promovidos pelo governo brasileiro com a saúde bucal de crianças faz com que, investigações nesta área, sejam necessárias para identificar possíveis fatores associados com as tendências atuais de auxílio à população que possam ser influenciadores sobre os cuidados com a saúde das crianças, levando a ausência ou ao aparecimento de doenças como a cárie dentária.

4.2 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O programa Bolsa Família (PBF) integra o Fome Zero 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. Esse programa é importante para a inclusão dessa parcela da população brasileira.

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e extrema pobreza (com renda

mensal por pessoa de até R\$ 60,00), de acordo com a Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto 5749, de 11 de abril de 2006. (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004) (BRASIL, MDS, 2004).

Os públicos alvos desse programa são:

- Famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda per capita mensal de até R\$ 60,00, tendo elas filhos ou não.
- Famílias com renda per capita mensal entre R\$ 60,01 a R\$ 120,00, consideradas pobres, que apresentam em sua composição gestantes, crianças e adolescentes entre 0 e 15 anos.
- Família com renda per capita mensal entre R\$ 00,00 e R\$ 120,00 que apresente 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 afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros.” (Lei 10.836).

O programa Bolsa Família tem três tipos de benefícios: o Básico, o Variável e o Variável Vinculado ao Adolescente.

- O Benefício Básico, de R\$ 62,00, é pago às famílias consideradas extremamente pobres, mesmo que não tenham crianças, adolescentes ou jovens.
- O Benefício Variável, de R\$ 20,00, 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\$ 60,00.
- O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, de R\$ 30,00, é pago à 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 (condições) nas áreas de saúde, educação e assistência social. O acompanhamento das condições é realizado de forma conjunta pelos ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Saúde e Educação.

As condições do Programa Bolsa Família: frequência escolar 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e 75% para jovens de 16 e 17 anos; acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças até 6 anos e do pré-natal das gestantes, e ainda o acompanhamento de ações sócio-educativas para crianças em situação de trabalho infantil, que são, ao mesmo tempo, de responsabilidade do poder público.

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 cadastro único regulamentado pelo Decreto 6.135 (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.

O principal programa social do governo Lula completa cinco anos de existência. Mais de R\$ 41 bilhões já foram desembolsados com o Bolsa Família, que hoje beneficia aproximadamente 11 milhões de famílias. Desde o seu lançamento, em outubro de 2003, metade do recurso gasto com o programa foi destinado à região Nordeste. De acordo com o governo, essa verba tem contribuído para que o país alcance patamares inéditos no enfrentamento da pobreza e da fome.

O programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza:

- Promoção do alívio imediato da pobreza por meio da transferência direta de renda à família;
- Reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas da Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre as gerações;
- Coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Programa Bolsa Família consigam superar a situação de

vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programa de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos. (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004). (BRASIL, MDS, 2004).

Na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, a cobertura populacional dos contemplados pelo Programa Bolsa Família, está localizada numa área de elevado risco quanto ao saneamento, habitação, educação, renda, aspectos sociais e da saúde. É uma população de maior desigualdade social e riscos à saúde, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos.

5. METODOLOGIA

5.1 Grupo selecionado:

Para esse projeto foram selecionadas as 75 famílias inscritas no Programa Bolsa Família, totalizando 430 pessoas beneficiadas pelo mesmo residentes na área de abrangência da Equipe Azul no Centro de Saúde Nazaré.

5.2 Índices e instrumentos utilizados:

O levantamento de necessidades em saúde bucal foi realizado por meio dos critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, como forma de identificar a polarização da doença e os indivíduos com piores condições de saúde bucal. O levantamento de necessidades é eficiente para detectar prioridades, é de fácil execução, barato e não traumatiza o paciente.

Os critérios utilizados para a codificação são os seguintes:

Código 0 = não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração.

Código 1 = apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.

Código 2 = apresenta até 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração

Código 3 = apresenta mais de 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração

Código 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

Código 5 = apresenta a cárie dentária sob controle . A doença periodontal apresenta-se como maior problema. (BELO HORIZONTE, 2006).

As variáveis selecionadas para o estudo foram: idade, data de nascimento, sexo, nº. de dentes presentes, nº. de dentes hígidos, nº. de dentes cariados, nº. de dentes restaurados, código de necessidade. Além disso, será avaliada a presença de lesão de mucosa, e o uso e necessidade de prótese total ou parcial. A planilha elaborada para este fim está apresentada no Anexo 1.

As informações coletadas pelo levantamento de necessidades foram complementadas com os dados coletados sobre uso e acesso a serviços de saúde bucal. Foi elaborado um questionário adaptado (anexo 2) do levantamento epidemiológico “Projeto SB Brasil 2003 (Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003)” e que foi aplicado pelos 06 ACS aos titulares do Bolsa Família durante os meses de maio e junho de 2009.

5.3 Coleta de dados:

Os exames foram executados sob luz natural, respeitando a posição e o local onde os pacientes se encontravam. As famílias foram contactadas pelos ACS e convidadas para comparecer ao Centro de Saúde Nazaré para a realização do inquérito de necessidades. O período de coleta de dados foi de 6 semanas (maio e junho de 2009). Nas quatro primeiras semanas, foram chamadas em torno de 107 pessoas / semana. A quinta e sexta semanas foram reservadas para aqueles que não puderam comparecer nas datas marcadas anteriormente.

5.4 Análise dos Dados

Os dados coletados foram organizados num banco de dados no Programa Excel e foi realizada uma análise descritiva simples (distribuição de frequência) das variáveis estudadas.

Após a hierarquização das necessidades de tratamento foram desenvolvidas, a partir do mês de agosto de 2009, as etapas subsequentes do projeto de intervenção: controle das doenças bucais por meio da utilização dos procedimentos –padrão; e desenvolvimento de ações de educação e preventivas para a saúde bucal para o grupo- alvo do projeto.

6 AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

7 Cronograma do Projeto de Intervenção:

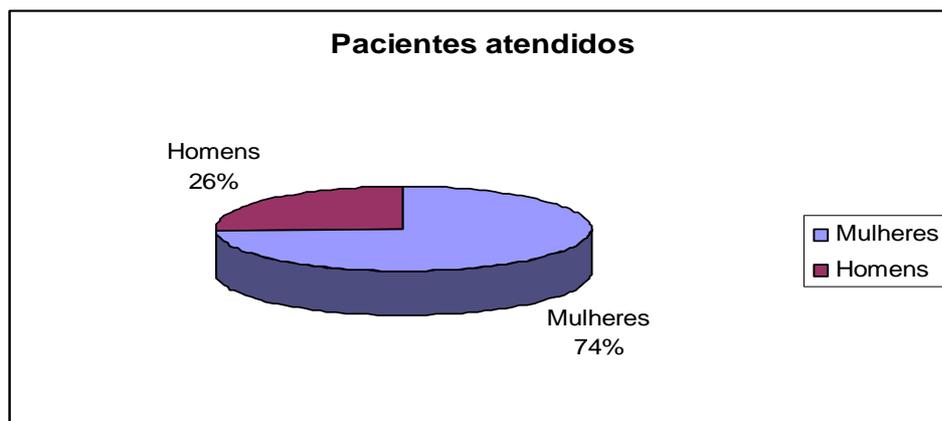
Atividade	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Compilação dos instrumentos para a intervenção									
Preparação da intervenção									
Levantamento das necessidades de tratamento odontológico									
Questionário com os titulares do Programa Bolsa Família									
Discussão dos resultados e revisão das estratégias									
Aplicação da intervenção na comunidade/grupo selecionado									
Análise e avaliação dos resultados									
Entrega do relatório									

8. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DO PROJETO “SAÚDE BUCAL E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: um projeto de intervenção na área de abrangência do C.S. Nazaré”.

8.1 Taxa de participação no levantamento de necessidades em saúde bucal

O Centro de Saúde Nazaré contava com 430 pessoas inscritas no Programa Bolsa Família. Quando o ACS foram convidá-las para participarem desse projeto, observou-se que muitas famílias já haviam se mudado para outra área de abrangência e que outras haviam perdido o direito ao Bolsa Família. Assim, a população alvo do projeto reduziu-se para aproximadamente 160 pessoas, distribuídas em 43 famílias.

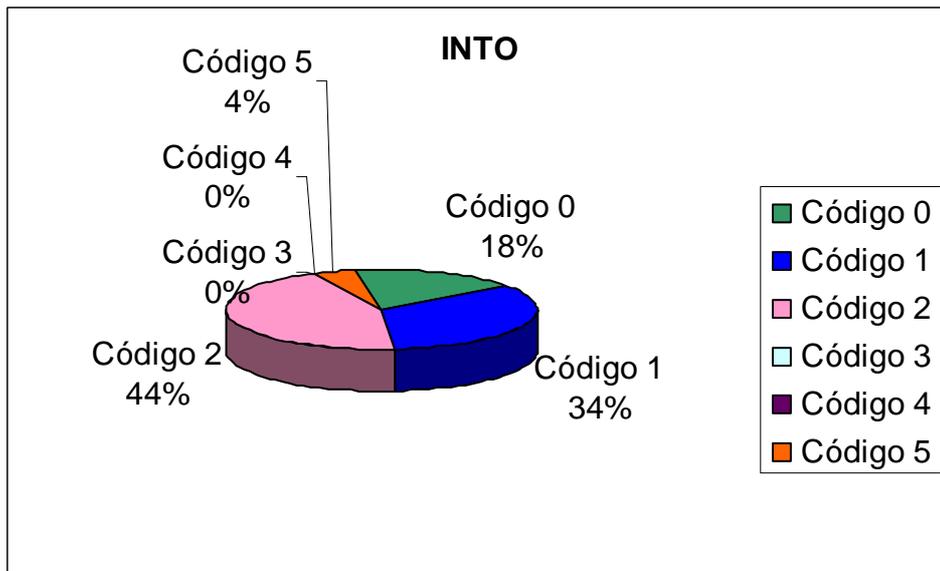
Dessas 160 pessoas, 74 (46,3%) compareceram ao levantamento das necessidades em saúde bucal. Verifica-se que a maioria (74%) dos participantes era do sexo feminino.



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

Verifica-se que apenas 18% dos participantes não apresentava nenhuma necessidade de tratamento odontológico o momento da realização do levantamento. Já entre os participantes que apresentaram alguma necessidade, predominou (44%) o código 2 (de 4 a 8 elementos com cavidade evidente), seguida do código 1 (34%). Verifica-se que as doenças periodontais também foram relevantes no grupo examinado, perfazendo 4% do total.

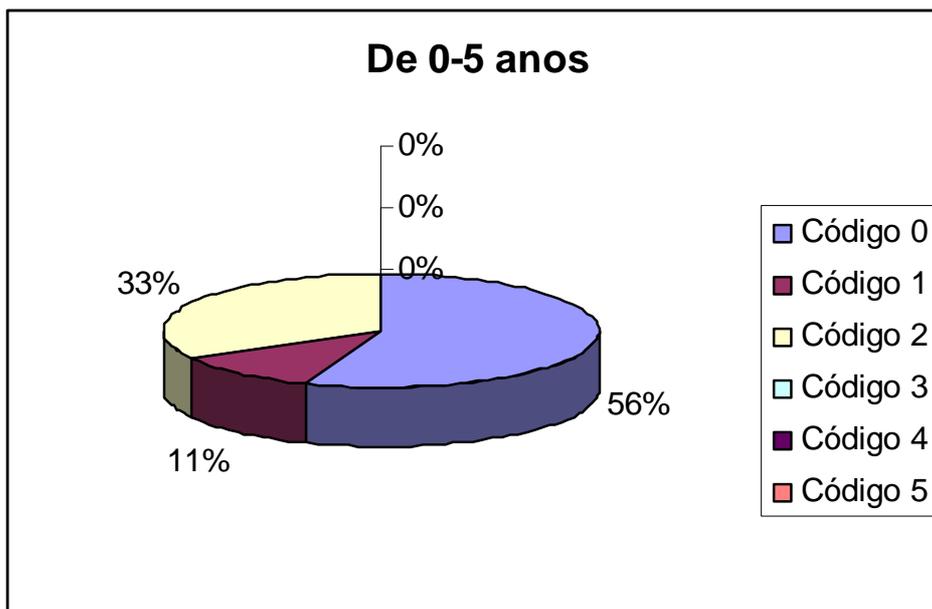
A grande presença de códigos 1, 2 e 5 indica que o acesso da população ao tratamento odontológico é restrito e necessita ser ampliado.



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

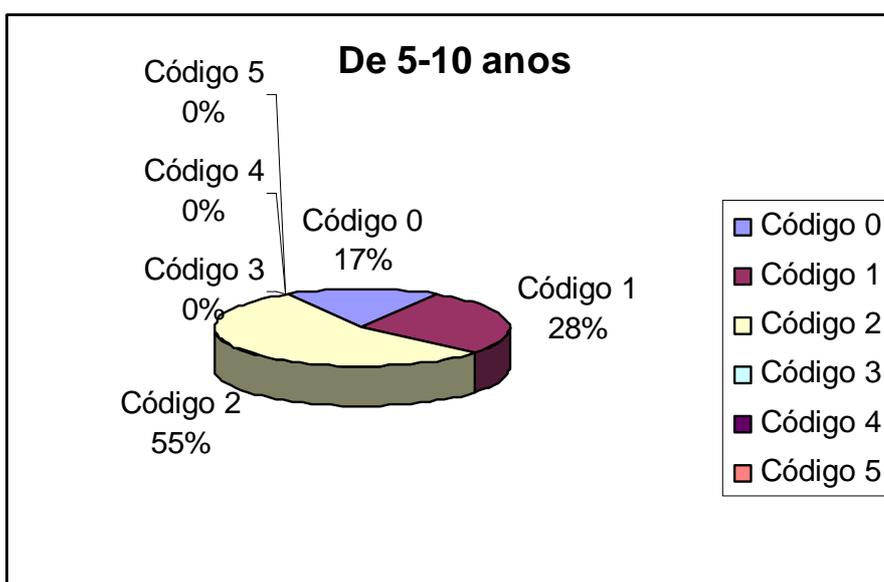
No sentido de identificar algum grupo etário com maior vulnerabilidade à carie dentária foi realizada a distribuição de frequência dos códigos pelas seguintes faixas etárias; 0 a 5 anos, 5 a 10 anos, 10 a 15 anos, 15 a 20 anos, 20 a 25 anos, 25 a 30 anos, 30 a 35 anos, 35 a 40 anos, 40 a 45 anos, 45 a 50 anos, 50 a 55 anos e 55 a 60 anos.

Verifica-se, que, a maioria (56%) das crianças de 0 a 5 anos não apresentava nenhuma necessidade de tratamento odontológico o momento da realização do levantamento. Entretanto, chama atenção que cerca de 33% das crianças tenha entre 3 a 8 dentes cariados, revelando uma precária condição de saúde bucal.

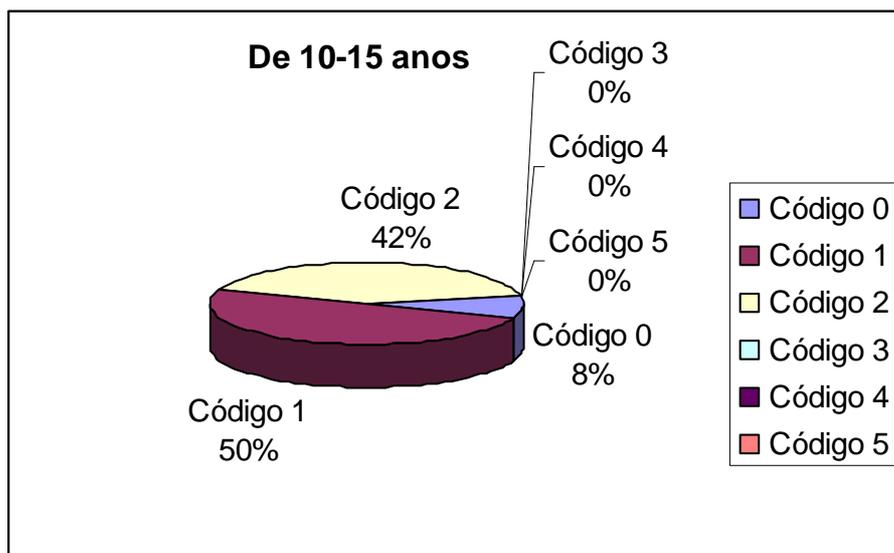


Entre as crianças de 5 a 10 anos, observou-se o predomínio (55%) do código 2, indicando também precárias condições de saúde bucal, seguida do código 1 (28%). Apenas 17% das crianças examinadas não apresentavam necessidade de tratamento.

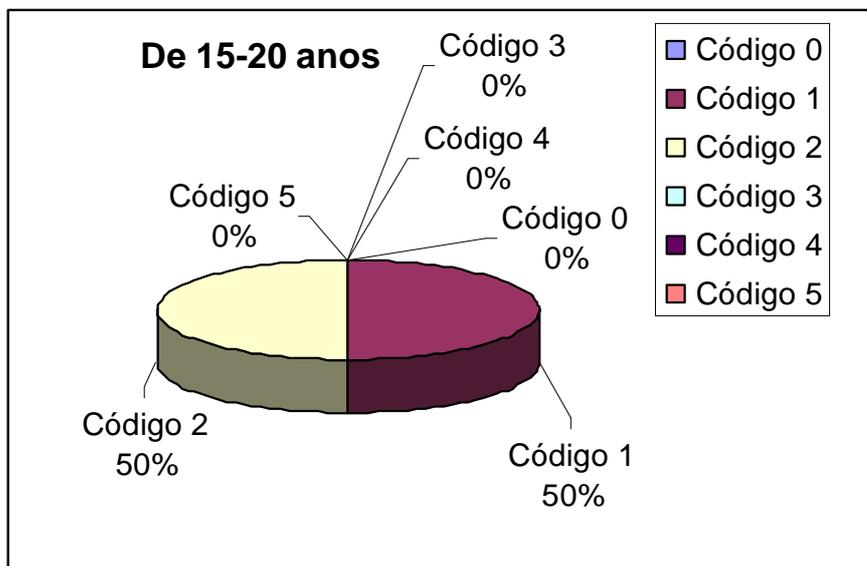
Esse resultado é alarmante, pois mostra a vulnerabilidade das crianças e a dificuldade do acesso ao tratamento. Isso indica a grande dificuldade ao tratamento, que tem que ser modificado com a melhor organização do acesso.



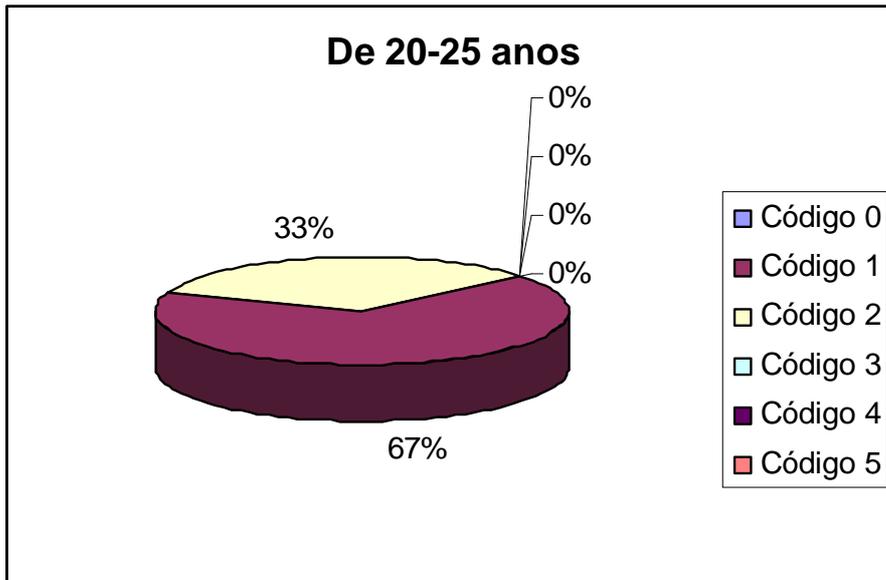
A quase totalidade das crianças e adolescentes de 10 a 15 anos examinadas apresentavam necessidade de tratamento odontológico, com o predomínio do código 1 (50%) e código 2 (42%). A presença dos códigos 1 e 2 confirma a vulnerabilidade dos jovens à caries. Todos apresentavam necessidade de tratamento odontológico, indicando também uma dificuldade do acesso aos serviços de odontologia.



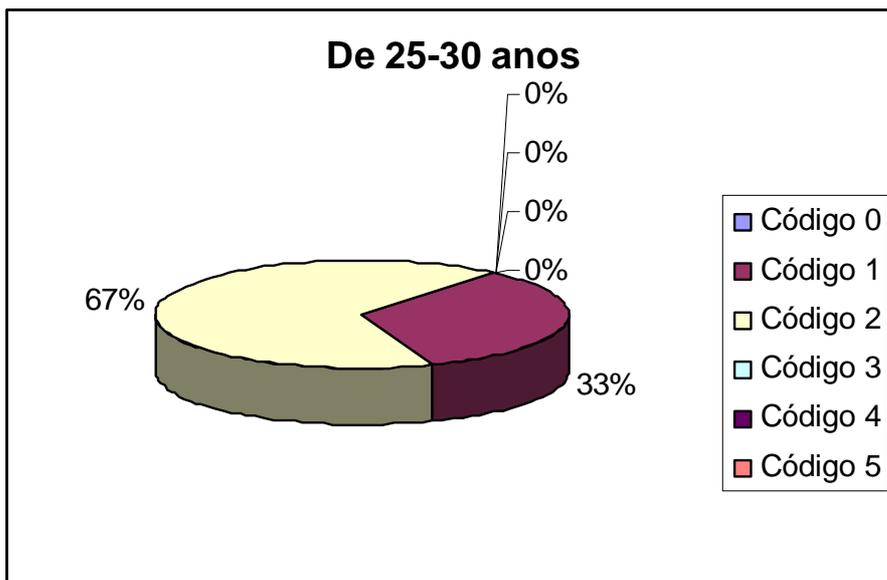
Foram examinadas 8 pessoas de 15 a 20 anos. Das oito, 4 apresentaram código 1 e 4 apresentaram código 2. Nenhuma apresentou código 0, 3, 4 ou 5. A presença dos códigos 1 foi de 50% e código 2 também 50%, confirmando a dificuldade do acesso ao serviço de saúde.



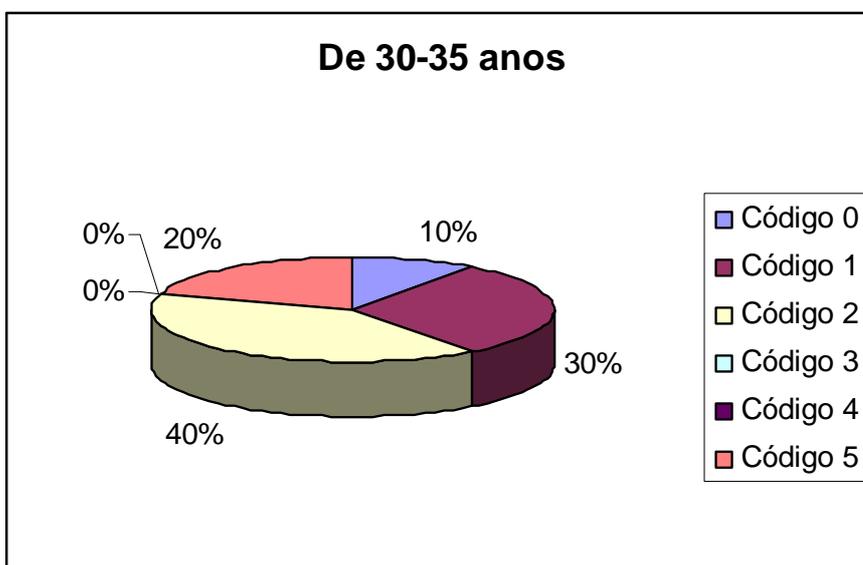
Foram examinadas 3 pessoas de 20 a 25 anos sendo que 2 delas apresentavam código 1 (67%) e uma apresentava código 2 (33%). Nenhuma apresentou código 0, 3, 4 ou 5. O gráfico mostra que o acesso ao tratamento é difícil e os usuários apresentam grande vulnerabilidade à carie.



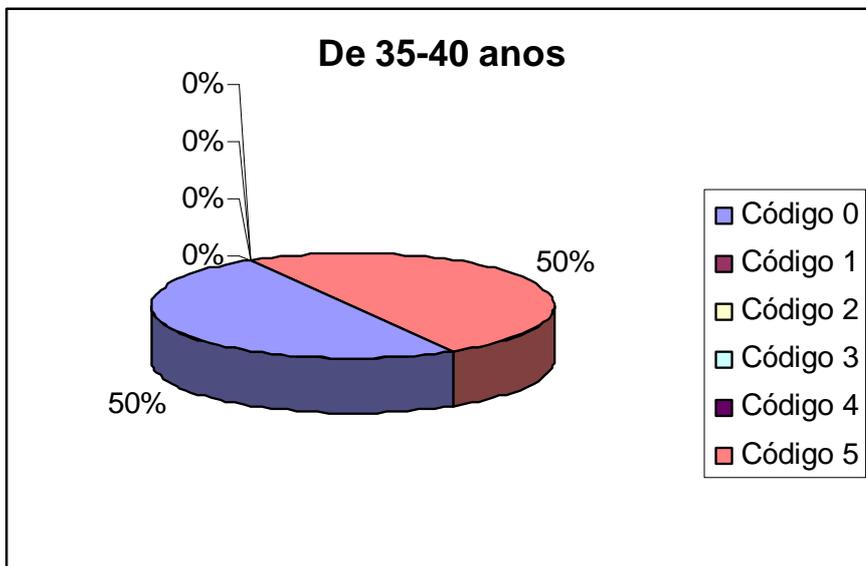
Foram examinadas 3 pessoas de 25 a 30 anos: uma apresentou código 1 (33%) e duas apresentaram código 2 (67%). Nenhuma apresentou código 0, 3, 4 ou 5 (0%). O acesso dessa faixa etária encontra-se muito comprometido e, por isso, a vulnerabilidade às cáries é enorme.



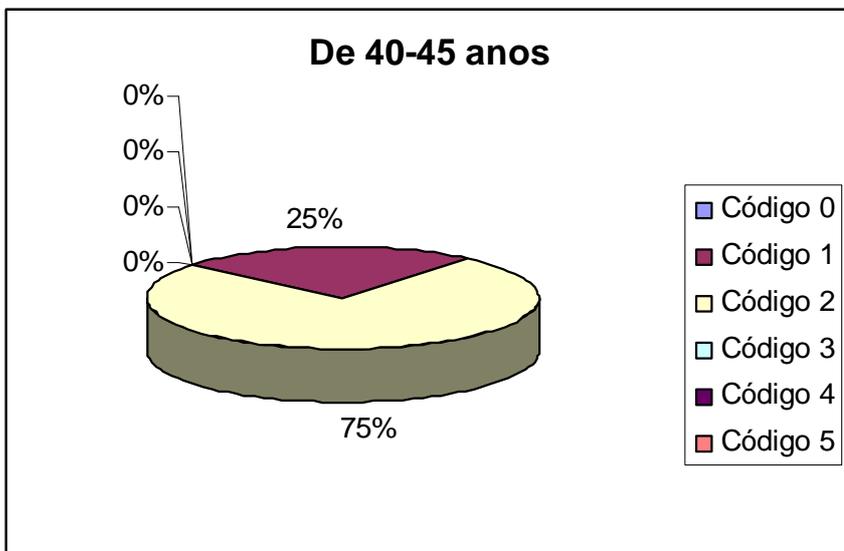
Foram examinadas 10 pessoas de 30 a 35 anos: uma apresentou código 0 (10%), três apresentaram código 1 (30%), quatro apresentaram código 2 (40%) e duas pessoas apresentaram código 5 (20%). Nenhuma apresentou código 3 ou 4 (0%). A baixa ocorrência de código 0 indica que há dificuldade de acesso ao tratamento. É uma situação preocupante.



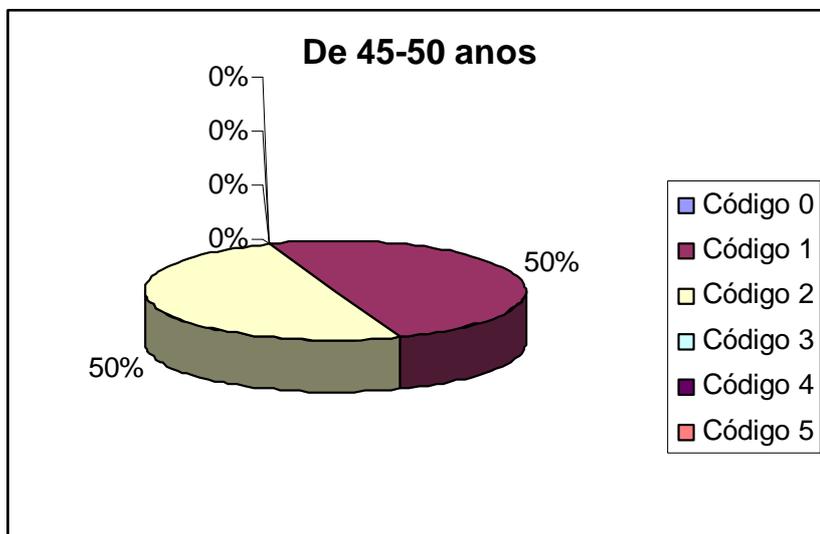
Foram examinadas duas pessoas: 1 com código 0 (50%) e 1 com código 5 (50%). Nenhuma apresentou código 1, 2, 3 ou 4. O acesso ainda pode melhorar, pois há grande ocorrência de código 5.



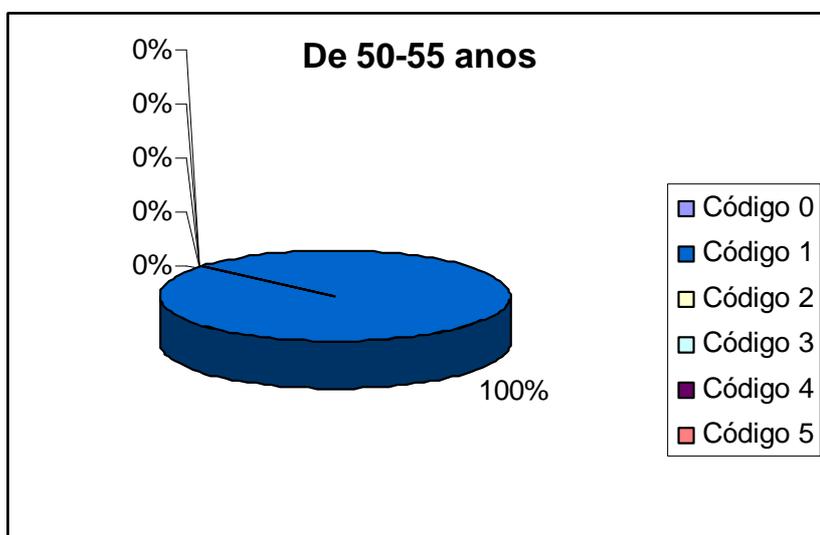
Foram examinadas 4 pessoas. Dessas, uma apresentou código 1 (25%) e 3 apresentaram código 2 (75%). Nenhuma apresentou código 0, 3, 4 ou 5 (0%). Essa é uma situação alarmante pois nessa faixa etária, o acesso dos pacientes ao tratamento encontra-se muito comprometido.



Foram examinadas 2 pessoas: uma apresentou código 1 (50%) e uma apresentou código 2 (50%). Nenhuma apresentou código 0, 3, 4 ou 5 (0%). Assim, o acesso ainda tem muito a ser melhorado.

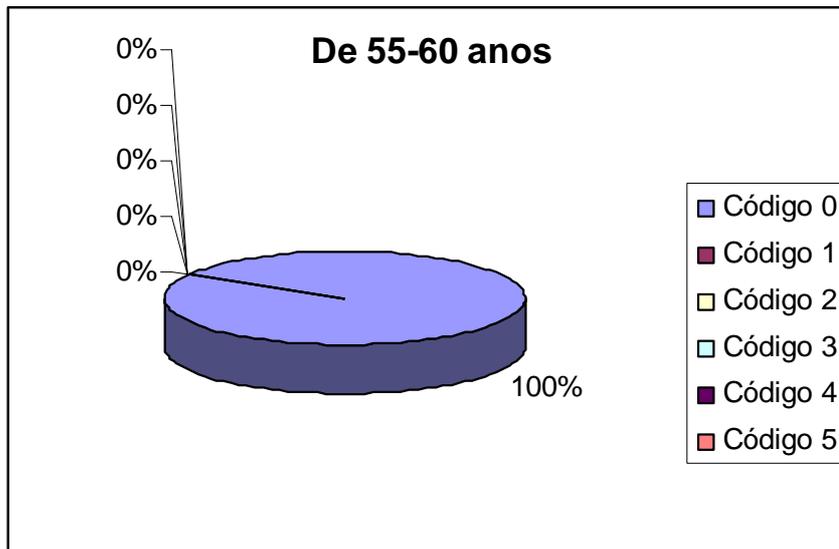


Apenas uma pessoa foi examinada e esta apresentou código 1 (100%). Ninguém apresentou código 0, 2, 3, 4 ou 5 (0%). Nesta faixa, o acesso está bem melhor do que nas demais faixas.



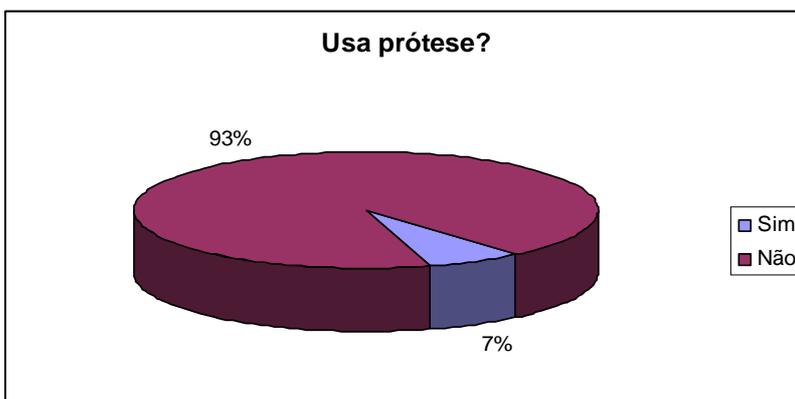
Foram examinadas duas pessoas e ambas apresentaram código 0 (100%). Ninguém apresentou código 1, 2, 3, 4 ou 5. Neste caso, a codificação é muito limitada pra mostrar as reais necessidades de tratamento dos mais velhos,

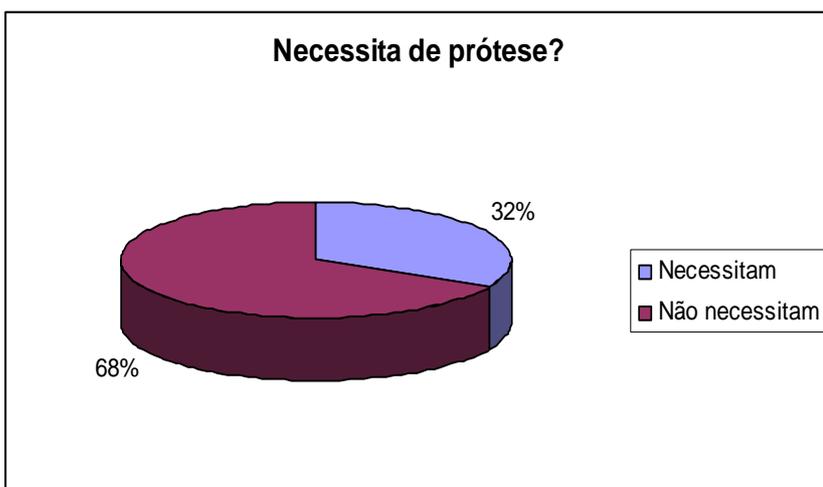
visto que este sistema privilegia a ocorrência de cáries. Provavelmente, os pacientes examinados já haviam perdido seus dentes.



8.4 Uso e necessidade de prótese

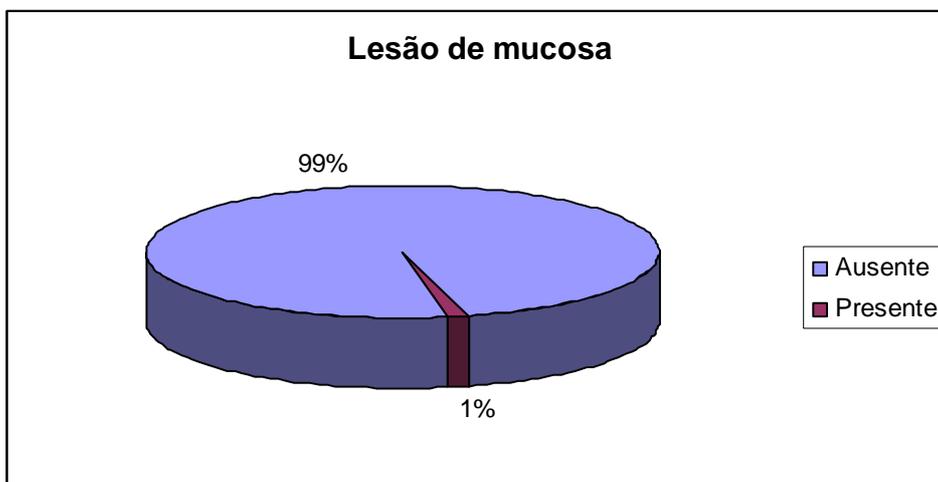
Apenas 7% dos participantes usam prótese total e parcial. Entretanto, chama atenção que cerca de 32% necessitam de algum tipo de prótese. Entretanto, não existe o serviço de prótese na PBH. Este tem que ser feito com dentistas particulares. Há um grande número de pessoas que ainda não usam prótese. Isso aponta para necessidade da oferta pública desse serviço.





8.5. Lesão de Mucosa

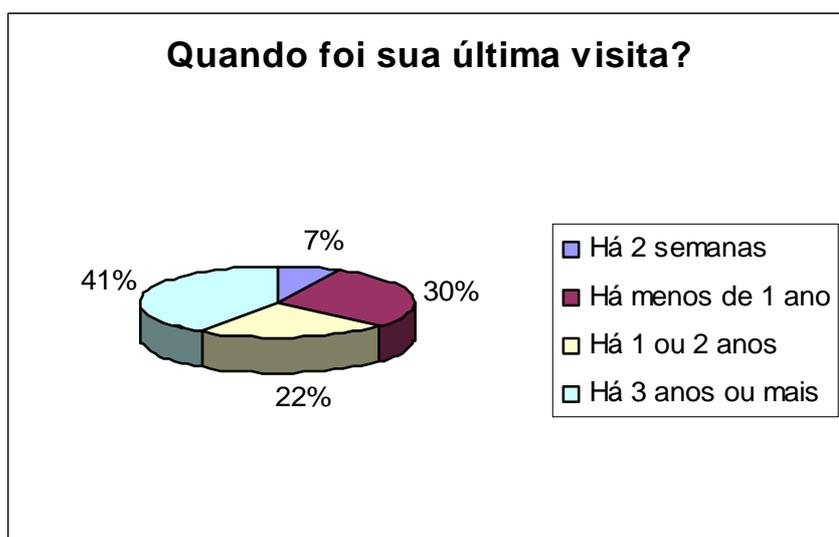
Verifica-se que apenas 1% dos pacientes examinados apresentava lesão de mucosa durante o levantamento de necessidades e estes foram encaminhados para cirurgia no hospital Odilon Behrens. Apesar da baixa ocorrência, verifica-se a importância da investigação de lesão de mucosa nos centros de saúde. Problemas de mau uso de próteses podem evoluir até mesmo para casos de câncer, mostrando a relevância de tais pesquisas na percepção da lesão pré-maligna.



8.6 USO E ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

O questionário sobre uso e acesso aos serviços odontológicos foi respondido por 27 titulares do Programa Bolsa Família. Ou seja, trata-se de 63% do número total de titulares participantes do projeto de intervenção. O não comparecimento dos demais se explica por motivo de trabalho, pelo fato do ACS não tê-lo encontrado ou ainda em recusa em responder. Segue abaixo as perguntas e respostas do questionário.

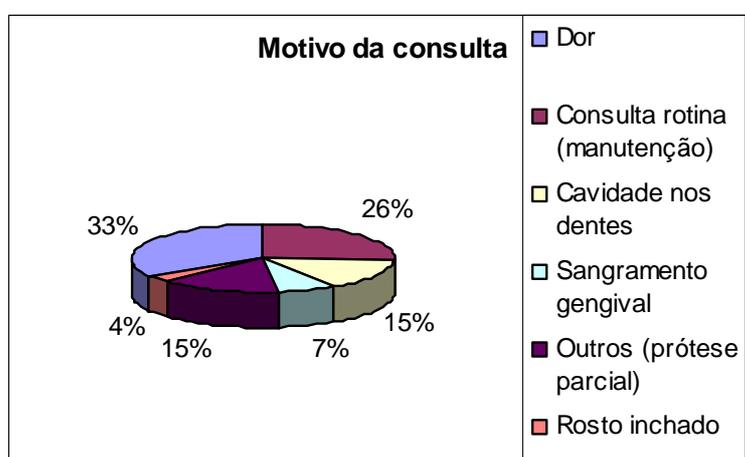
Verifica-se que a maioria (96%) dos titulares já foram ao dentista. Entretanto, observa-se que a frequência de uso dos serviços de odontologia é baixa, pois 63% dos entrevistados foram ao dentista há mais de um ano, e desses, 41% foram há mais de 3 anos. Isso indica que o acesso é muito precário.



Verifica-se que a maior parte (63%) dos titulares usa os serviços públicos de saúde bucal. Já os titulares (33%) que utilizaram o serviço particular, o motivo foi à necessidade de próteses que não são ofertadas pelo serviço público da PBH.



Os motivos mais citados para o uso dos serviços de saúde bucal foram: urgência (37%), tratamento de doenças bucais (37%), e para consultas de prevenção (26%).



Isso indica que a procura ao dentista deve ocorrer com maior frequência para consultas de rotina, antes que ocorram problemas como dor, cavidades dentárias, sangramento, entre outros. Conhecer as necessidades dos usuários do Programa Bolsa Família possibilita organizar a demanda, ampliando o acesso.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA FILHO, N de. *O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?* Revista Brasileira Epidemiol. São Paulo; v.3, n. 1-3, p. 4-20, apr./dec. 2000.
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. BÖNECKER, M; SHEIHAM, A. *Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas.* São Paulo: Ed. Santos, 2004.
4. 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.
5. BRASIL – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família. 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia>. Acesso em: 13 de outubro de 2008.
6. BUSS, M. B. *The evolution of happiness.* American psychologist. v. 55, n. 1, p. 15-23, jan. 2000.
7. COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPÇÃO, R. F. *Habitação saudável no programa de saúde da família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente.* Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, p. 807-814, july/sept. 2004.

8. FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, J. *The psychosocial effects of severe caries in 4 years old children in Recife, Pernambuco, Brazil*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1550-1556, sept./oct. 2005.
9. KUNH, E. *Promoção de saúde bucal em bebês de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa – PR. 2002*. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2002. Disponível em: <<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/kuhnem/capa.pdf>>. Acesso em: 22 de setembro de 2008.
10. PETRY, P. C.; VICTORA, C. G.; SANTOS, I. S. *Adultos livres de cárie: estudos de casos e controle sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 145-153, jan./mar. 2000.
11. SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. *O conceito de saúde*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 31, n. 5, p.538-542, out. 1997.
12. SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. *Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia*. Estudos de Psicologia, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO

ACESSOS A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Nome:

Endereço:

Idade:

Sexo:

1. Já foi ao dentista alguma vez na vida?

- Sim
- Não

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 quê?

- Nunca foi ao dentista
- Consulta de rotina / reparos / manutenção
- Dor
- Sangramento gengival

- Cavidade nos dentes
- Ferida, caroço ou manchas na boca
- Rosto inchado
- Outros

5. Recebeu atendimento

- Sim
- Não

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