

THAÍS AGUIAR OLIVEIRA

A PERCEPÇÃO DA NECESSIDADE DE
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SEQUENCIAL DOS
USUÁRIOS QUE BUSCAM ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, sob orientação do Professor Flávio de Freitas Mattos, como exigência para obtenção de título de especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família.

Belo Horizonte

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A PERCEPÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
SEQÜENCIAL DOS USUÁRIOS QUE BUSCAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

THAÍS AGUIAR OLIVEIRA
FLÁVIO DE FREITAS MATTOS

2009

RESUMO

A procura do atendimento de urgências odontológicas se faz presente com muita frequência no Centro de Saúde Alcides Lins. Situações relacionadas à dor, desconforto, estética comprometida e traumatismos dentários, entre outros, são as principais causas. Urgências são conseqüências tardias da falta de acesso a programas que podem prover suporte à saúde de uma comunidade. Portanto, este trabalho teve por objetivo verificar a percepção dos usuários que procuravam o tratamento de urgência quanto à vontade de procurar o tratamento odontológico seqüencial. A pesquisa foi realizada através de um questionário, durante o período de 3 meses (março, abril e maio de 2009) e os resultados mostraram que 70% dos usuários percebem a necessidade do tratamento seqüencial, enquanto 30% não. Visando reverter esta situação a médio e longo prazo, propõe-se não somente melhorar a educação da população para a saúde, bem como um acolhimento mais eficiente dos pacientes nas unidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Urgências, Odontologia, Tratamento Odontológico Seqüencial

ABSTRACT

The search of the urgency dentistry treatment is very frequent at the Alcides Lins Healthcare Centre. Situations related to pain, discomfort, compromised aesthetics and dental trauma, among others, are the main causes. Urgencies are the late consequences of the lack of programs that could support community healthcare. This work aimed to verify the perception of the patients that searched the emergency treatment concerning the need of seeking the sequential dentistry treatment. The research was conducted using a questionnaire, during the period of 3 months (March, April and May, 2009), and the results showed that 70% of the patients understand the need of the sequential treatment and only 30% don't. To reverse this situation in medium and long term, it is proposed not only to improve the population education towards health, but also a more efficient hosting of the patients in the healthcare units.

KEY WORDS

Urgency treatment, dentistry, sequential dentistry treatment

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a lei 8080 de 19 de setembro de 1990 relata que saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A atenção integral a saúde da população passa necessariamente pela saúde bucal.

Em um país com alto índice de desemprego, baixa renda per capita e indicadores de saúde em níveis alarmantes a maioria da população depende do Sistema Único de Saúde, que não está estruturado adequadamente para atender toda a demanda gerando um afluxo enorme de pacientes ao atendimento de urgência. No atendimento das urgências é muito importante o acolhimento. Nele pode-se dar crédito, dar ouvidos, tomar em consideração a necessidade do paciente. Geralmente a procura do paciente é motivada pela queixa de dor e na maioria dos casos é devido à cárie dentária e suas seqüelas.

O Centro de Saúde Alcides Lins que possui uma população adscrita de aproximadamente 24 mil habitantes (último censo do IBGE) é muito procurado para os atendimentos de urgências Odontológicas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde assegurado na nossa constituição vem sendo escrito há 20 anos por seus idealizadores e por todos os participantes, gestores e usuários. Saudado como uma das mais valiosas conquistas do sistema democrático brasileiro tem recebido elogios e críticas. Muitas vezes justas e muitas vezes injustas. Inegavelmente é considerado pelos estudiosos como um dos mais importantes sistemas idealizados para prestação de serviços de saúde a população de países em desenvolvimento, recebendo manifestações favoráveis de analistas de

países mais desenvolvidos. Sua concepção ideológica buscando descentralizar as decisões políticas e universalizar os recursos e ações disponíveis, para toda a população Brasileira, constitui um bem que deve ser preservado. Os benefícios de prestação de serviços são múltiplos e enumerá-los é um exercício atenuante. Indubitavelmente conseguimos grandes avanços como atesta o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). Houve melhoria nos indicadores de saúde. A redução da mortalidade materno-infantil, o aumento da expectativa de vida, a redução significativa das doenças infecto-contagiosas, etc., são os indicadores que têm atestado a melhora do padrão de qualidade de vida dos brasileiros. Mas, infelizmente o Brasil ainda segue a lista dos países com mais iniquidade em saúde e de acordo com a edição de 2007 do Programa das Nações Unidas, ocupa o 11º lugar entre os mais desiguais em distribuição de renda. Ficando-lhe atrás somente seis países da África e quatro da América do Sul (Silva 2008).

2.2 O PSF (Plano de Saúde da Família)

De acordo com o Ministério da Saúde o PSF é uma estratégia de organização assistencial com atenção centrada na família que busca a vigilância à saúde por meio de conjunto de ações individuais e coletivas, situados em primeiro nível de atenção, voltadas para promoção, prevenção e tratamentos dos agravos em saúde.

O princípio da vigilância aplicada à saúde pública é um importante instrumento na identificação do grupo de risco com o objetivo de elaborar estratégias de controle a determinados agravos à saúde. A análise dos indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde acrescidos da análise da disseminação periódica dos dados analisados pelo método epidemiológico, permitirá o aprimoramento dos recursos disponíveis e sua introdução nas rotinas dos serviços de saúde (Waldman, 1998).

A vigilância aplicada à saúde pública orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença. A integralidade de ações se opõe às abordagens técnicas e biologistas as quais não contemplam promoção e proteção da saúde dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido deve ser totalizante,

com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um todo dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina e reconhecer nele um sujeito, semelhante a mim mesmo (Alves, 2005).

As estratégias de busca ativa e visita domiciliar visam fazer o acompanhamento das famílias sobre risco social, continuamente de forma a se estabelecer um cuidado social, que envolve criação de vínculo, priorização de atenção, estímulo ao auto cuidado detecção de barreiras e busca de soluções para a atenção a saúde bucal.

Módulos pré-concebidos não se adaptam à realidade de todas as pessoas. O processo educativo deve ser dinâmico, flexível, adequando-se às necessidades locais e às diversidades individuais ou dos grupos. É preciso também uma postura ética em relação às opções conscientes realizadas pelos usuários, sem urgências, autoritarismo ou moralismo em relação ao que deve ser feito, pois esta atitude desgasta a relação usuário-profissional e traz desestímulos (S.A.S. MG, 2006).

A visita domiciliar deve ser considerada como um instrumento de compreensão do viver em família. É constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado das pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física e emocional) ou realizar atividades vinculadas ao programa de saúde. Seis principais fundamentos são: abordagem integral à família, consentimento da família, trabalho em equipe e interdisciplinidade, adscrição da clientela, inserção da política social local e estímulo às redes de solidariedade (Savassi & Dias, 2006).

Na saúde bucal, o acolhimento muito mais que fornecer respostas as queixas de urgência, constitui a porta de entrada que permite à adesão desse cliente a programação criada dentro das unidades básicas de saúde, no eixo de promoção e recuperação bucal. Dessa maneira, conhecer as necessidades da população

assistida através de acolhimento constitui-se um importante instrumento de planejamento de ações (Zerbini – 2008).

2.3 O PSF na Prefeitura de Belo Horizonte

As primeiras equipes de saúde da família foram implantadas em 2002. Hoje o município conta com 146 centros de saúde e 513 equipes de saúde da família cobrindo cerca de 76% da população de Belo Horizonte. São 390.000 famílias cadastradas, 1,7 milhões de pessoas cadastradas, 202 equipes de saúde bucal, 65 equipes de saúde mental, 188 pediatras, 124 clínicos, 130 ginecologistas, 80 assistentes sociais, 38 equipes de núcleo de apoio a Saúde da Família (Nasf).

O município conta também com uma rede de serviços de urgência e emergência. São 07 UPAS e 07 Pronto Socorro Hospitalares. O SAMU conta com 18 ambulâncias de suporte básico e 04 de suportes avançados.

O Papel primordial da saúde da família em Belo Horizonte é propiciar a reorganização da Atenção Básica, seguindo sempre os princípios do SUS (SMSA / PBH -2008).

2.4 O PSF na Atenção básica – Centro de Saúde ALCIDES LINS (C.SAL)

O Centro de Saúde ALCIDES LINS está localizado no bairro Concórdia, Belo Horizonte. Abrange todas as áreas de vulnerabilidade social de muito elevado, elevado, médio e baixo risco. Sua população adscrita é de aproximadamente 24.000 habitantes (último Censo do IBGE). O Centro de Saúde ALCIDES LINS funciona das 07:00 as 19:00 hs de 2ª a 6ª feira. Possui 5 equipes de Saúde da família, nomeadas pelos respectivos números (1 a 5), 2 equipes e meia de odontologia e como equipe de apoio: 01 psiquiatra, 02 psicólogos, 01 ginecologista, 02 pediatras, 01 clínico geral, 01 enfermeiro e 04 auxiliares de enfermagem. Temos também 03 auxiliares administrativos e 02 estagiários. As equipes estão completas. São 33 agentes comunitários de Saúde (ACS). Há atividades comuns a todas as equipes como: reuniões de equipes semanais, grupos operativos (HAS, DM, Saúde mental), visitas domiciliares de todos da equipe incluindo dentistas e ASBs (Auxiliares de Saúde

Bucal), consultas de enfermagem (pré-natal, puericultura, prevenção, etc.). Em relação aos setores de estrutura física do C.S. podemos dizer que o C.SAL é relativamente pequeno para o número de equipes que comporta.

As doenças prevalentes são as crônico-degenerativas como hipertensão arterial, diabetes e neoplasias. Quanto à saúde bucal cada dentista que pertence ao PSF é responsável por 9600 pacientes aproximadamente (4.800 por equipe) e a equipe de apoio é responsável pela metade. O dia a dia é de acordo com as Normas da Prefeitura. O paciente desde a porta de entrada até o término do tratamento recebe todo cuidado e atenção necessários para o seu tratamento Odontológico.

As urgências aparecem com muita frequência e dentro do possível são atendidas de imediato. Existe, porém uma dificuldade que é a de atender além das urgências os tratamentos programados e que também necessitam de atendimento. Muitas vezes é necessário diminuir o número de procedimentos para conseguir um bom resultado. Quase sempre os clientes têm que aguardar um bom tempo para serem atendidos, gerando insatisfação.

3 OBJETIVO DO TRABALHO

Avaliar a percepção da necessidade de tratamento odontológico seqüencial dos usuários que buscam atendimento de urgência no Centro de Saúde Alcides Lins.

4 MATERIAL E MÉTODO

Todos os pacientes que procuraram o atendimento de urgência no Centro de Saúde Alcides Lins durante 3 meses (março, abril e maio) foram entrevistados com a seguinte pergunta:

Você deseja o tratamento Odontológico completo?

Esta pergunta foi aplicada após a consulta Odontológica de urgência, evitando assim constrangimentos. O número de participantes da pesquisa foi de 72 pessoas, de ambos os sexos (feminino e masculino) e de todas as idades (para pacientes menores que 18 anos a pergunta foi respondida pelos pais ou responsáveis).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os usuários pesquisados foram divididos quanto à percepção ao tratamento Odontológico em duas tabelas diferentes (uma para cada sexo).

Nestas tabelas os usuários foram classificados pela faixa etária (subdivididos em seis faixas diferentes). Os resultados estão expressos nas Tabelas 1 e 2 e nas Figuras 1 e 2.

Tabela 1

RELATO DA NECESSIDADE DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO CONTINUADO SEGUNDO IDADES ENTRE PACIENTES DO SEXO MASCULINO

IDADE (ANOS)	SIM	%	NÃO	%	TOTAL
0 a 10	4	45%	5	55%	9
10 a 20	7	87,5%	1	12,5%	8
20 a 30	4	100%	0	0%	4
30 a 40	6	75%	2	25%	8
40 a 50	2	100%	0	0%	2
50 e mais	0	0%	1	100%	1
TOTAL	23	72%	9	28%	32

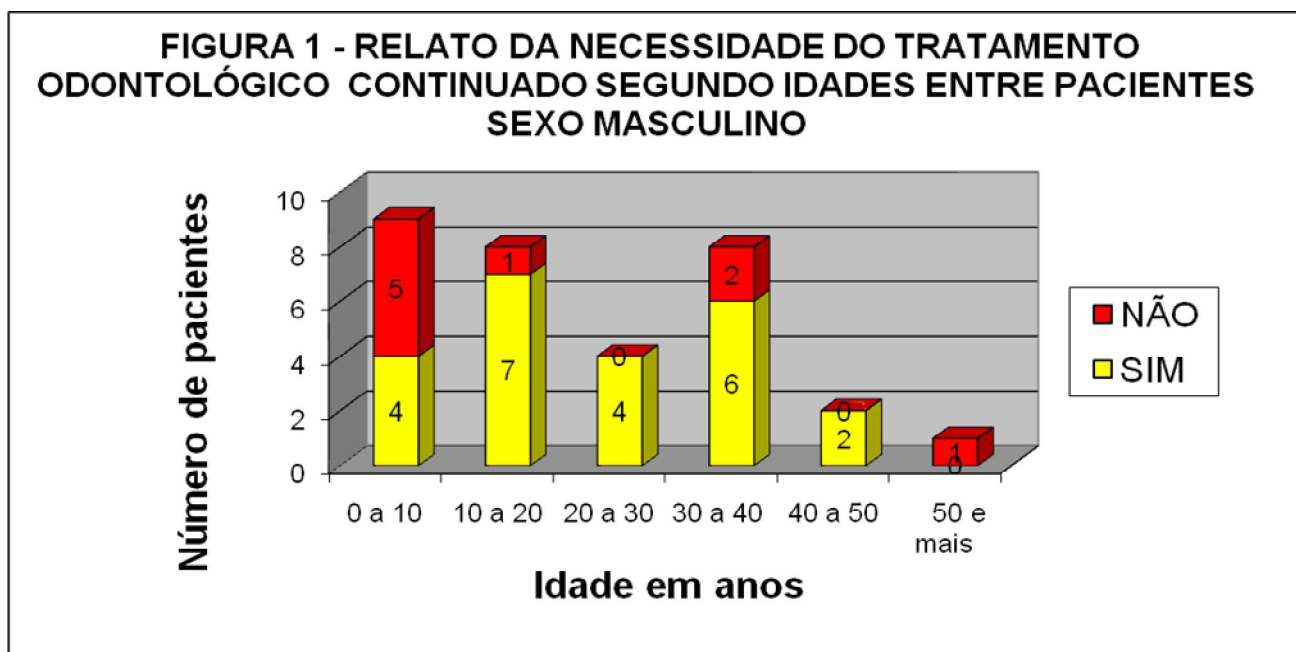
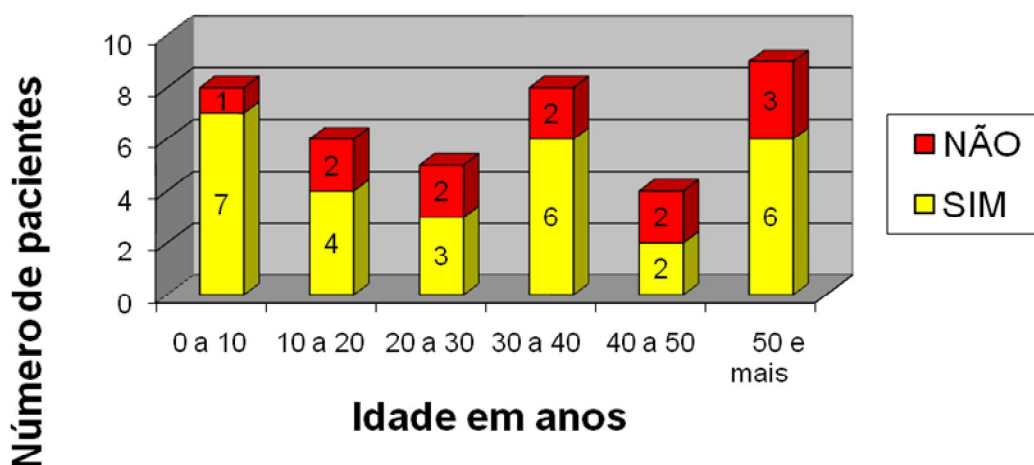


Tabela 2

RELATO DA NECESSIDADE DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO CONTINUADO SEGUNDO IDADES ENTRE PACIENTES DO SEXO FEMININO

IDADE (ANOS)	SIM	%	NÃO	%	TOTAL
0 a 10	7	87,5%	1	12,5%	8
10 a 20	4	66%	2	34%	6
20 a 30	3	60%	2	40%	5
30 a 40	6	75%	2	25%	8
40 a 50	2	50%	2	50%	4
50 e mais	6	6%	3	34%	9
TOTAL	28	70%	12	30%	40

FIGURA 2 - RELATO DA NECESSIDADE DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO CONTINUADO SEGUNDO IDADES ENTRE PACIENTES SEXO FEMININO



Inicialmente foi verificada a maior procura pelo atendimento de urgência pelos usuários do sexo feminino. Do total de 72 usuários atendidos, 40 foram mulheres (56%) e 32 do sexo masculino (44%).

Podemos destacar na Tabela 2 que na idade de 0 a 10 anos grande parte deseja o tratamento odontológico. Isto pode ser explicado pelo fato das mulheres serem desde bem novas preocupadas e incentivadas pela mãe a valorizarem mais sua saúde. Isto é, motivos sociais e psicológicos também. Outro motivo é o biológico. As mulheres geralmente têm mais sensibilidade à dor. Isto pode ser comprovado na literatura por pesquisadores. Lund et al (2002) indicam que mulheres reportam dores mais severas, mais freqüentes e de maior duração que os homens. Muitas condições, nas quais a dor crônica é componente proeminente, parecem estar associadas a uma prevalência mais alta em mulheres, e a relação das desordens dolorosas que afetam as mulheres é duas vezes maior que a dos homens. Muitas das condições que afetam com mais freqüência às mulheres são doenças no nível da cabeça e pescoço (abscesso e periodontite periapical).

Também podemos encontrar no trabalho de Drumond (2003) explicação valiosa: "A maior procura dos serviços de Saúde em geral por usuários do sexo feminino pode ser explicado por questão cultural ou social, em que a mulher normalmente é responsável por acompanhar os filhos e os idosos ao médico e

freqüentar o pré-natal, tornando-a naturalmente mais disposta a freqüentar serviços de Saúde”.

Na Tabela 1, na faixa etária de 10 a 20 anos, se destaca o aumento do interesse deles ao tratamento odontológico. Muitos casos desta amostra apresentaram traumatismo dentário como queixa principal. A literatura explica também este aspecto. Segundo Elias (2009) quedas associadas a esportes e brincadeiras afetam dentes incisivos centrais com bastante freqüência. Encontramos também resultados semelhantes no relatório final da II Conferência Estadual de Saúde Bucal que mostra que a prevalência de injúrias dentárias encontradas em Belo Horizonte era de 13,6% aos 12 anos e 16,1% aos 14 anos, sendo que incisivos centrais superiores são os dentes mais afetados no sexo masculino. Ainda segundo a literatura (SES 2006) o traumatismo dentário apresenta um grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente como limitações ao morder e ao falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social, a ponto da criança e do adolescente evitar sorrir e conversar.

Nas Tabelas 1 e 2 é mostrado que na faixa etária adulta dos 20 aos 50 anos encontramos resultados semelhantes em relação ao querer o tratamento odontológico para ambos os sexos. Isso se deve ao fato dessa população estar com a percepção aumentada devido às necessidades acumuladas pelo fato da cárie dentária ser uma doença de desenvolvimento progressivo atingindo o auge dos 20 aos 40 anos (Marcos, 1984) e dos 40 aos 50 anos a doença periodontal (Marcos, 1984).

E finalmente nas Tabelas 1 e 2 é mostrado que após os 50 anos um declínio na percepção ao tratamento Odontológico e também na procura pelo atendimento de um modo geral para ambos os sexos. Isso se explica pelo fato de já se ter perda de dentes a partir desta idade e também pelo fato do serviço não oferecer confecção de próteses parciais ou totais. Este resultado é confirmado pelos resultados do SB Brasil 2003 que apontou o edentulismo como grave problema em nosso país especialmente entre os idosos. O Sistema Único de Saúde – SUS – apesar de avanços obtidos, em especial no princípio de

universalidade, ainda não consegue prover cuidados a uma significativa parcela da população, que nesse caso se encontra à margem dos cuidados.

Se a Odontologia, enquanto ciência substantiva que no entendimento de Moysés (2002) se desgastou por não lograr êxito frente aos desafios que lhe são impostos e considerando a exodontia a consequência terminal de um processo multifatorial, resultante das mais diversas condições de vida, é necessário que essa mesma questão seja abordada de maneira adequada. “O conceito ampliado de Saúde, a abordagem familiar através do PSF e a ampliação da prática, da teoria da promoção da saúde podem ser usados para enfrentar essa situação” (Drumond, 2003).

6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

OBJETIVO

Proporcionar percepção às pessoas que não têm a necessidade do tratamento Odontológico seqüencial e preferem apenas procurar o serviço na necessidade de urgência.

ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS

1ª etapa:

Mudança do acolhimento: O acolhimento pela Equipe de Saúde Bucal será feito todos os dias em dois momentos. Os clientes que procurarem a urgência deverão passar por esse acolhimento. Nele haverá palestras, escovação supervisionada, codificação e um momento a mais para escutar as questões dos pacientes e troca de saberes, esclarecimento de dúvidas, etc.

2ª etapa

Implementação de ações educativas, encaminhamento para grupos operativos já existentes ou formar novos grupos operativos, por exemplo, um específico para urgências.

3ª etapa

Avaliar durante as ações educativas dos grupos os reais motivos que levaram as pessoas à opção pelo atendimento de urgência.

4ª etapa

Levar os casos de pessoas mais resistentes para a Equipe de Saúde da família para encontro de soluções com colaboração de outros profissionais de outras áreas.

5ª etapa

Oferecer o tratamento Odontológico seqüencial

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a maior parte dos usuários participantes da pesquisa foi do sexo feminino e avaliaram positivamente a necessidade do tratamento Odontológico continuado. A menor parte dos usuários participante da pesquisa e que respondeu negativamente ao tratamento Odontológico deve ser motivo de preocupação por parte da equipe de Saúde Bucal, pois corresponde a terça parte da amostra e isto é uma parcela bastante significativa.

Para estes pacientes resistentes ao tratamento Odontológico, a partir do atendimento de urgência, propõe-se melhorar o acolhimento e melhorar a escuta e implementar as ações de promoção de saúde e assim a médio e longo prazo reverter essa situação.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <http://www.scileo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: doi: 10.1590/S1414-32832005000100004.
- 2 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da população Brasileira 2002-2003. Resultados principais, Brasília, 2004.
- 3 DRUMOND, Marisa Maia. O Atendimento de urgências na Faculdade de Odontologia da UFMG: perfil do paciente e resolutividade. Monografia, Belo Horizonte, 2003.
- 4 ELIAS, Roberto. Atendimento a pacientes de risco em Odontologia. 1ª edição. Rio de Janeiro: Revintec, 2009. 344p.
- 5 LUND, James P.; LAVIGNE, Gilles J.; DUBNER, Ronald et al. Dor orofacial. Da Ciência Básica à conduta clínica. A transferência do conhecimento científico em dor para o ensino. Quintessence Editora Ltda, 1ª edição, 2002, 300p.
- 6 MARCOS, Badeia. Pontos de Epidemiologia. Associação Brasileira de Odontologia, Belo Horizonte, Minas Gerais, 1984. 390p.
- 7 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado e Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290p.

- 8 MOYSÉS, S. J. Odontologia? Saúde Bucal Coletiva! In: Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. 2ª edição, Livraria Editora Santos, 2002.
- 9 Prefeitura de Belo Horizonte – PBH. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Global de Saúde Bucal, 2006.
- 10 QUALÉS, Zerbini et al. Acolhimento em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Elaboração de Instrumento de avaliação. Prefeitura de São Paulo, 2008.
- 11 SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M. F. Visita Domiciliar. Grupo de estudo em saúde da família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.
Disponível em <http://www.smmfc.org.br/gesf//gesf.vd.htm>> Acesso: 02/03/2009.
- 12 SILVA, Henrique Batista e A ESCRITA DO SUS. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília (DF), novembro/dezembro, 2008, p5.
- 13 WALDMAN, Eliseu Alves. Usos da Vigilância e da Monitorização em Saúde Pública. IESUS, VII (3), jul/set, 1998.