

**RICARDO RODRIGUES**

**ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL PARA ADULTO: A REALIDADE DO  
MUNICÍPIO DE COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS-MG**

**CORINTO / MINAS GERAIS**

**2011**

**RICARDO RODRIGUES**

**ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL PARA ADULTO: A REALIDADE DO  
MUNICÍPIO DE COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Ayla Norma Ferreira Matos

**CORINTO / MINAS GERAIS**

**2011**

**RICARDO RODRIGUES**

**ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL PARA ADULTO: A REALIDADE DO  
MUNICÍPIO DE COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Ayla Norma Ferreira Matos

Banca Examinadora

Prof. ....

Prof. ....

Prof. ....

Aprovada em Belo Horizonte em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

**CORINTO / MINAS GERAIS**

**2011**

## **DEDICATÓRIA**

À minha família, que me incentivou ao longo da minha formação e durante a execução desse trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por me dar vida e saúde para a realização do presente trabalho. Agradeço a extrema dedicação e paciência da minha orientadora Ayla Norma Ferreira Matos e também a meu genro Norberto Geraldo Lima Magalhães, cujo auxílio foi imprescindível para a elaboração e conclusão desse trabalho.

### **Amigo**

Ninguém é tão forte que nunca tenha chorado.  
Ninguém é tão fraco que nunca tenha vencido.  
Ninguém é tão inútil que nunca tenha contribuído.  
Ninguém é tão sábio que não tenha errado.  
Ninguém é tão corajoso que não tenha medo.  
Ninguém é tão medroso que não tenha coragem.

Conclusão: Ninguém é tão ninguém que não precise de alguém, como eu preciso de você.

## RESUMO

A rede de atenção a saúde deve ser organizada visando atender a todas as demandas de uma população. Devem ser ofertadas ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Muitas destas ações são desenvolvidas voltadas a grupos específicos, como as crianças, os adolescentes, as gestantes, os portadores de necessidades especiais e os idosos, mas a população adulta tende a não ser envolvida nestes programas. O objetivo deste estudo foi analisar a atenção em saúde bucal à população adulta do município de Couto Magalhães de Minas/MG. É um estudo exploratório e documental, onde foram observados os aspectos demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos. Os dados foram coletados em fontes como IBGE, SIAB, DATASUS no período de março de 2010 a maio de 2011, quando também foi feita a busca pelo referencial teórico na página eletrônica do Scielo com as seguintes palavras-chave: odontologia, saúde bucal, políticas públicas, prevenção e adulto. Os resultados mostraram que o público adulto não é atendido em suas necessidades de saúde bucal. O adulto apresenta uma complexidade crescente de assistência odontológica, necessitando que funcione o sistema de referência e contra-referência. Frente aos dados, observou-se a inexistência de ações regulares direcionada ao atendimento integral da população adulta e, por isso, é importante identificar estratégias que possam contribuir para a inserção desta população na organização e planejamento de ações de saúde bucal que visam a promoção de saúde e a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Saúde bucal do adulto, prevenção, políticas públicas.

## ABSTRACT

The health care network should be organized to meet all the demands of a population. Should be offered health promotion, prevention, recovery and rehabilitation. Many of these carried out aimed at specific groups such as children, adolescents, pregnant women, the handicapped and the elderly, but the adult population tends not to be involved in these programs. The aim of this study was to analyze the oral health care to the adult population of the municipality of Couto de Magalhães de Minas-MG. It is an exploratory, descriptive and documentary were observed where the demographic, socioeconomic and epidemiological studies. Data were collected from sources such as IBGE,SIAB,DATASUS from March 2010 to May 2011 when the search was also made by theoretical Scielo on the website with the following key words oral health, public policy prevention and adult. The results showed that adult public is not served in their oral health needs. The adult has an increasing complexity of dental care, needing to work the system of reference and counter reference. Based on the data, we observed the absence of regular actions direct to the comprehensive care of the adult population, and so it is important to identify strategies that can contribute to the inclusion of this population in the organization and planning of health that promote health and quality of life.

**Key words:** Oral Health adults, prevention, public policy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitária de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CEABSF - Curso de Especialização em Saúde da Família

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPO-D- Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPC - Índice Periodontal Comunitário

LRPD - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização mundial de saúde

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

SB-Brasil 2003 – Levantamento Nacional de Saúde Bucal da População Brasileira em 2003

SB-Brasil 2010 – Levantamento Nacional de Saúde Bucal da População Brasileira em 2010

SMS – Secretaria Municipal de saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

## **LISTA DE FIGURAS**

- Figura I: Evolução do odontograma da população brasileira
- Figura II: Mapa do município de Couto de Magalhães de Minas/MG.
- Figura III: Pirâmide etária do município de Couto de Magalhães de Minas/MG

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro I: Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária - CID10 (por local de residência) 2009 – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro II: Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas - CID10 – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro III: Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes) – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro IV: Outros indicadores de mortalidade – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro V: Recursos humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas – dezembro de 2009 – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro VI: Indicadores da atenção básica – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro VII: Quantidade, valor e valor médio dos procedimentos ambulatoriais em 2006 – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro VIII: Estrutura física da rede assistencial de saúde de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro IX: Instalações físicas para assistência ambulatorial da unidade básica de saúde Centro de Saúde Eliza Guimarães – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro X: Recursos humanos em saúde bucal – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro XI: Estrutura física e de equipamentos em saúde bucal – município de Couto de Magalhães de Minas.
- Quadro XII: Ações de saúde bucal – município de Couto de Magalhães de Minas.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	Modelos de atenção a saúde	13
3.2	A Odontologia e o adulto	17
3.3	Política de atenção a saúde bucal	20
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1	O Município de Couto Magalhães de Minas - MG	24
5.1.1	Aspectos sócio-econômicos e de infra-estrutura	25
5.1.2	Aspectos demográficos	25
5.1.3	Indicadores de atenção básica	26
5.1.4	Produção da equipe de saúde	32
5.1.5	Recursos de saúde	35
5.2	A Organização e estruturação da saúde bucal no município de Couto Magalhães de Minas - MG	35
5.2.1	Capacidade instalada	35
5.2.2	Panorama das ações em saúde bucal realizadas no serviço público em Couto Magalhães de Minas/MG.	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	44

# 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da minha carreira como profissional de saúde bucal no serviço público, há mais de 25 anos e, nos vários municípios que atuei, observei a pouca participação da população adulta nas ações de atenção primária, em especial, pelas ações organizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, percebo a falta de políticas públicas direcionadas para esta parcela da população.

Aliado a estes fatos, quando fui aprovado para realizar ao Curso de Especialização em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e, com base em minha atuação há 12 anos na cidade de Couto de Magalhães de Minas, vi que neste município este quadro não era diferente. Dessa forma, reforçou ainda mais minha inquietação em saber o porquê desta realidade, ou seja, porque a participação da população adulta é pequena nas ações de saúde bucal organizadas pela ESF.

Esta questão ficou ainda mais clara quando desenvolvi as atividades dos módulos do CEABSF e me deparei com resultados que evidenciaram este fato, em especial quando da realização do diagnóstico situacional do referido município, atividade elaborada no módulo de planejamento da unidade didática II. No levantamento feito, foi possível constatar que, em se tratando do atendimento odontológico, a faixa etária de 25 a 45 anos praticamente ficava desassistida das ações de saúde bucal.

Além deste módulo, tivemos oportunidade de discutir e refletir sobre a realidade da saúde bucal da população brasileira, através dos resultados do projeto SB-Brasil do Ministério da Saúde, por meio da disciplina “Saúde Bucal: Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto”. Com isso vimos que o município de Couto de Magalhães de Minas/MG, a exemplo da grande maioria das cidades do país, apresenta problemas bastante semelhantes no que se trata da saúde bucal do adulto, como por exemplo, as doenças periodontais e edentulismo (BRASIL, 2004).

É notório que, na maioria das vezes, o tratamento preventivo das doenças periodontais e edentulismo, para esta faixa etária, são negligenciados (PINTO, 2008). Na Unidade Básica de Saúde Elisa Guimarães, única existente no município de Couto Magalhães de Minas/MG, também, identifica-se este problema, quando na verdade são procedimentos relativamente comuns, e que possuem alto impacto positivo no que se refere à prevenção de doenças bucais, quando são adotados cuidados básicos, tais como a

aplicação tópica com flúor-gel, e profilaxia. Outro agravante para este problema, é que existe até mesmo entre alguns profissionais de saúde bucal, a concepção errônea de que em adulto não se aplica flúor e muito menos se faz escovação supervisionada ou profilaxia.

Assim, considerando que a política de saúde bucal do país sempre foi voltada para faixa etária do escolar e adolescente, que a Odontologia curativa por seu caráter privado, individualista e de altos custos, tornou-se inacessível a cerca de 90% da população brasileira (CORDON e GARRAFA, 1991) e, também, frente as poucas publicações científicas sobre o assunto, resolvemos ampliar esta temática realizando o trabalho de conclusão de curso (TCC) voltado a este problema, isto é, analisar a atenção odontológica direcionada ao público adulto.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi analisar a atenção em saúde bucal à população adulta do município de Couto Magalhães de Minas/MG.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Modelos de Atenção a Saúde**

No Brasil vários movimentos em relação aos modelos de saúde foram seguidos ao longo da história política do país. No império o aparato estatal se ocupava basicamente do saneamento dos portos, das cidades e do controle das epidemias e das endemias. A filantropia ficava por conta das Santas Casas de Misericórdia. No início do século XX foram implantadas as ações de cunho higiênista, destacando as campanhas de Oswaldo Cruz para sanear o Rio de Janeiro. Estas campanhas freqüentemente se faziam de forma autoritária empregando estratégias militares para sua implementação, causando revoltas e levantes conhecidos como “Revolta da Vacina” (FARIA et al., 2008).

Este mesmo autor afirma ainda que, desde o início do século XX até 1966, quando foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o crescimento dos hospitais se processou de forma distinta quanto ao tipo de instituição: pública, privada lucrativa e privada não lucrativa. Com a crise da previdência social na década de 80, houve a necessidade de revisão da previdência social e de todo o sistema de saúde do país tendo como consequência a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990.

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde entre os incluídos e os não-incluídos economicamente com a implantação do princípio da universalidade, que pôs fim à figura iníqua dos indigentes sanitários (não-previdenciários), promovendo a integração do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) ao sistema público de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com a concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 ficaram definidos os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária, por meio do controle social, trazendo um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que é reformular suas práticas

para responder às diretrizes do SUS (OLIVEIRA e SALIBA, 2005, p.289)

Há de se destacar que no SUS convivem práticas que lembram o sanitário campanhista, apesar da atenção primária e urgência de serem prestados majoritariamente pelo aparato estatal, os serviços hospitalares e os de maior complexidade são comprados de organizações privadas que contam, em sua grande maioria, com profissionais médicos organizados de forma liberal em hospitais particulares (FARIA, et al., 2008).

A possibilidade de ocorrência de pactos de gestão variados nos estados brasileiros é identificada atualmente, como um problema para a organização do SUS no Brasil. Em alguns casos, os pactos são “desorganizativos”, ocasionando conflitos permanentes entre os gestores estadual e municipal, levando o rompimento do princípio do comando único sobre o sistema em cada nível de governo, pois

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que determinou a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema. Os recursos federais que correspondem, a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994. A intensa habilitação de municípios e estados em modalidades avançadas de gestão gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, fazendo com que, em dezembro de 2001, a maior parte dos recursos da assistência já fosse transferida nessa modalidade, em contraposição à predominância de pagamento federal direto aos prestadores de serviços. Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual. (SOUZA, 2002, p.17-18).

Atualmente, convivem no Brasil diversas formas de organizar e de prover os serviços de saúde. Entre os usuários de saúde suplementar (planos de saúde), pode se dizer que o formato se aproxima do “Modelo Liberal Privatista”. Neste modelo, a população compra o serviço de saúde diretamente dos prestadores de serviço, por meio de diferentes tipos de associações que vão desde o mutualismo até empresas que intermedeiam a relação entre usuários e serviços, que em geral, se colocam como prestadores privados de assistência em saúde. Tanto no SUS quanto na saúde suplementar, o sistema de saúde é ainda fortemente centrado em médicos e hospitais, contemplando a doença e não a saúde. As dificuldades e limitações deste modelo atual de saúde vem motivando debates permanentes entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários sobre a melhor forma de organizar o nosso sistema de saúde (FARIA et al., 2008).

Sobre o modelo de atenção a saúde, segundo Aristóteles (1995 apud FARIA et al, 2008, p. 9 e 10), o modelo ideal que devemos usar é aquele em que diretrizes, princípios e conceitos já existentes em outras realidades e que estão funcionando bem, adaptando - os aos nossos “modos de vida”.

As políticas públicas para a Odontologia no Brasil tiveram início bastante tímido com a “Odontologia Simplificada” e o “Sistema Incremental”. Esses modelos focalizavam a doença como desígnio fundamental. Durante a vigência destes programas foram realizadas milhares de restaurações dentárias na população escolar compreendida na faixa etária de seis a 12 anos. Mesmo com o passar dos anos e, com aumento de recurso e melhoria dos procedimentos, a população continuou a apresentar um numero bastante considerável de problemas bucais (PINTO, 2008).

Em deliberação, a 2º Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada em 1993, convoca a reflexão sobre um novo modelo de assistência a saúde bucal no país. Segundo o relatório da tornava-se necessário

[...] buscar a reversão do atual modelo cirúrgico restaurador, ineficiente e ineficaz, monopolizador, de tecnologia densa e de alto custo, elitista e mutilador em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal que leve em conta as necessidades de comunidade assistida de acordo com o perfil epidemiológico de cada grupamento populacional, demanda recriar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos com os quais se construiu a frágil e caótica saúde bucal da população brasileira, redefinindo o papel da União, dos Estados e dos Municípios no processo de atenção. (CNSB2, 1993, p.11)

Com base nos resultados obtidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizadas em 1986 e também, nos resultados apresentados no relatório do SB Brasil 2003, o governo federal lançou o programa Brasil Sorridente em 2003. Depois de sua estruturação e formatação, no Ministério da Saúde, discutiu-se com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e com o Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de saúde bucal (PNSB) - Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do SUS (PUCCA, 2006).

A partir do ano de 2002 o governo federal passou a desenvolver a política nacional de saúde bucal, onde seria investido em um conjunto de ações visando superar apenas os incentivos isolados à saúde bucal, concedidos até então. O Brasil Sorridente é a política nacional de saúde bucal e não uma política apenas do governo federal. É uma política que está sendo construída há muitos anos neste país por diversos setores da

sociedade, setores estes vinculados aos movimentos sociais da saúde pública, profissionais e entidades. O que o governo federal vem implantando começou a ser desenhado desde o início da reforma sanitária brasileira:

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde. (BRASIL, 2010, s/p.)

Em março de 2004, o Ministério da Saúde lança o "Brasil Sorridente", política de saúde bucal do Governo Federal, uma das maiores políticas de inclusão social, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004). Tanto no acesso aos procedimentos odontológicos básicos quanto aos de maior complexidade (PUCCA JÚNIOR, 2002).

Assim, já iniciado o processo de inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na ESF, as mesmas podem ser integradas em duas modalidades, na modalidade I (constituída pelo CD e ASB) e modalidade II (constituída pelo CD, ASB e TSB). São criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios de Próteses Dentárias Regionais (LPDR). Atualmente há um esforço por parte dos órgãos gestores da saúde (MS, SMS) para se formar novas ESB, através de cursos de capacitação para ASB e TSB, inserindo-as na ESF, priorizando os investimentos por meio da garantia de repasse dos recursos para o município (BRASIL, 2004).

Com a implementação do Brasil Sorridente, a saúde bucal ganhou mais visibilidade e passa a integrar a equipe multiprofissional na saúde pública brasileira.

Segundo Mello; Erdmann; Caetano (2008) embora tenha fatos novos que renovam esperanças, como equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e outras iniciativas que constituem boas práticas no âmbito de alguns municípios e estados, ainda assim, há um abismo entre o plano normativo, que assegura o direito à provisão de atenção à saúde bucal e a efetiva oferta.

### 3.2 A Odontologia e o adulto

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em outubro de 1986, foi uma deliberação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que afirmou ser a saúde bucal uma condição indissociável de saúde de todo ser humano:

A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção (CNSB1, 1986, p.3).

O conceito ampliado de saúde e o conceito de saúde bucal indicam o caráter abrangente que deve ter a atenção odontológica e a necessidade de sua integração a todos os momentos históricos da vida do indivíduo, o que também, está plenamente integrada com a visão holística de saúde do adulto. Apesar de conter pouca menção à saúde bucal do adulto, o relatório final da II CNSB, salienta a garantia à “assistência integral em todos os níveis e faixa etária” e propõe ainda que:

Garantir que os portadores de deficiência física, mental, motora ou múltiplas, ou de doenças infecto-contagiosas e crônico degenerativas tenham o seu atendimento básico executado em qualquer Unidade Básica de Saúde da rede SUS que deverá contar com concepção arquitetônica adequada, normas e rotinas de biossegurança, e recursos humanos devidamente capacitados para tal fim (CNSB2, 1993, p.13).

Entretanto, a realidade é totalmente outra, pois a atenção a saúde bucal está longe de contemplar as diretrizes no que diz respeito ao adulto. Entre os agravos que mais afligem a saúde bucal do adulto no Brasil estão o edentulismo e a doença periodontal e, entre as suas várias causas estão envolvidos fatores históricos, geográficos, financeiros, políticos e falta de participação social, como aponta o relatório da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB2, 1993).

Um dos problemas em relação ao público adulto é o pouco conhecimento, ou o desconhecimento das condições de saúde bucal da população adulta brasileira. Se não conhece qual é o problema como planejar as ações de saúde para resolvê-los? Com exceção de grupos de crianças em idade escolar em área urbana, historicamente, não são

realizados levantamentos epidemiológicos sobre saúde bucal do adulto de forma mais sistemática (SANTOS, 1996). Além disso, nos poucos levantamentos encontrados na literatura, os dados em geral são restritos à prevalência e incidência de cárie dental (SHINKAI e CURY, 2000).

Os problemas periodontais são mais graves nos adultos. Especificamente no caso de atendimento odontológico ao adulto de 25 a 45 anos, não há até o momento, estudos epidemiológicos mais amplos sobre as condições de saúde bucal desta parcela da população. Assim, existe uma lacuna na literatura científica que impossibilita o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de ações coerentes de assistência, principalmente no nível coletivo (SANTOS, 1996).

Segundo Shinkai e Cury (2000), em 1986 o MS realizou o primeiro estudo em escala nacional, para conhecer a situação da saúde bucal da população, que foi o Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Foram coletados dados de 16 capitais brasileiras, consideradas representativas das 5 macro regiões do Brasil adotadas pelo IBGE.

No Levantamento Nacional de Saúde Bucal realizado em 2003 (SB Brasil 2003) foram examinadas 108.921 pessoas em 250 municípios sorteados das cinco macrorregiões brasileiras e, com os resultados encontrados foi evidenciado as condições de saúde bucal do país. Abaixo alguns dos principais resultados deste levantamento referentes aos adultos, ênfase deste trabalho:

- Cárie dentária: medida pelos índices CPO-D e CEO-D:

Em crianças de cinco anos, 40% estão livres de cárie, abaixo da média estabelecida pela OMS para o ano 2000 que punha um percentual de 50% para esta faixa etária. A média do índice CPO nas crianças de 12 anos é de 2,78. Para a população adolescentes é de 6,18 e dos adultos é de 20,12. Com relação ao Levantamento realizado pelo MS em 1986, houve uma queda de cerca de 52% no índice CPO entre os adolescentes e uma redução de aproximadamente 10% na faixa etária de 34 a 44 anos. Porém, tanto entre os adolescentes quanto entre os adultos, a proporção de dentes perdidos no índice CPO (14,5% e 65,7% respectivamente) mantém praticamente os mesmos valores observados em 1986. Esse dado denota a persistência do modelo assistencial mutilador com elevado índice de extrações dentárias (BRASIL, 2004, p. 11).



**Figura I:** Evolução do odontograma da população brasileira (PALMIER et al, 2008).

- Doença Periodontal: medida pelos índices de periodontopatias: Alterações Gengivais (AG) e Índice Periodontal Comunitário (CPI) identificou que menos de 22% da população adulta apresentam as gengivas saudáveis como condição predominante. - Menos de 8% dos idosos apresentam as gengivas saudáveis como condição predominante (BRASIL, 2004).

- Com relação ao Uso e Necessidade de Prótese:

- Tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, aproximadamente 85% da população adulta e quase 99 % dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária.

- Mais de 75% dos idosos não possuem dente funcional em, pelo menos, um dos maxilares. Destes, mais de 36% necessitam de, pelo menos, uma dentadura.

- O número de pessoas idosas que não possuem sequer um dente funcional ultrapassa 56%. Entre esses idosos, mais de 22% não possuem dentaduras e mais de 40% necessitam de, pelo menos, uma dentadura.

- A OMS estabeleceu como meta para o ano 2000 que, pelo menos 75% dos adultos e no mínimo 50% dos idosos apresentassem 20 ou mais dentes. No Brasil, somente pouco mais de 52% da população adulta e menos de 10% dos idosos possuem 20 ou mais dentes (BRASIL, 2004).

- O acesso a serviços odontológicos, outro item pesquisado no SB Brasil, identificou que a percentagem de adultos e idosos que foram ao dentista devido à presença de dor foi de cerca de 46% nessas faixas etárias. Porém, desigualdades em relação às macrorregiões relativamente significantes aparecem com piores proporções na Região Norte (ao redor de 56%) e melhores na região sul, ao redor de 36% (BRASIL, 2004).

Este é um retrato simplificado de como anda a saúde bucal do adulto brasileiro. Entre as metas da OMS/FDI para o ano 2000, para os indivíduos de 18 anos espera-se 80% com todos os dentes na boca, para o adulto (25 a 45 anos) previa-se o percentual de 75% de indivíduos com vinte ou mais dentes na cavidade bucal. O percentual identificado em 2003 ficou em 54% no Brasil e 62,4% na região sudeste. Para 2010, a meta é um percentual de 96% dos adultos com pelo menos 20 dentes e menos de 20% de adultos desdentados.

A Odontologia brasileira não tem conseguido solucionar os problemas de saúde bucal da população, pois ao observar os dados disponíveis no SB 2003, tem-se uma curva descendente da saúde dos dentes e do periodonto, mostrando o insucesso ou falência do atendimento odontológico público brasileiro (PALMIER et al., 2008).

Há um esforço governamental no sentido de tentar preencher os espaços identificados no levantamento epidemiológico, referente a situação da saúde bucal da população brasileira, como um todo. Neste ensejo é que o Projeto SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal da população brasileira ambiciona situar-se como eixo da vigilância em saúde bucal do Programa Nacional de Saúde Bucal no que diz respeito à produção de dados primários de morbidade bucal. Pretende-se que este programa sirva como componente norteador da política com relação aos principais agravos de saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, fluorose e edentulismo), subsidiando o desenvolvimento de ações preventivas de caráter coletivo e individual, bem como as ações reabilitadoras (RONCALI, 2010)

Ao quadro de desconhecimento epidemiológico na saúde bucal do adulto, acrescenta-se a falta de recursos humanos capacitados para atuar na área de saúde coletiva, pois em face do acúmulo de problemas de saúde bucal durante a vida do indivíduo, vem aumentando muito a demanda de atendimento nas unidades básicas de saúde pela equipe de saúde bucal e, com isso a necessidade urgente de formação de profissionais capacitados para a área de saúde bucal coletiva, tão negligenciada nos currículos formais das faculdades de Odontologia do Brasil (PINTO, 2008).

### **3.3 Política de atenção a saúde bucal**

Práticas de higiene bucal desempenham importante papel na prevenção das doenças bucais, principalmente a doença periodontal, que é mais comum no adulto. Inúmeros estudos epidemiológicos (BRASIL, 2004; PINTO, 2008; CORDON e GARRAFA, 1991) têm demonstrado associação entre higiene bucal e placa bacteriana. Além disso, há evidências científicas demonstrando que as doenças periodontais estão associadas à placa bacteriana. A escovação dos dentes é a forma mais comum e menos onerosa prática de proteção contra tal doença (ABEGG, 1997).

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)

Estes mesmos autores complementam ainda que, os programas preventivos são pouco comuns em países em desenvolvimento, justamente onde são maiores os problemas de saúde bucal e menores a oferta de serviços públicos. Raros e corriqueiros, também, são os estudos que descrevem epidemiologicamente os hábitos de higiene bucal da população brasileira, bem como a condição de placa bacteriana e de sangramento gengival no país.

No estudo epidemiológico desenvolvido no Brasil em 1986, indicou que entre a população examinada, maioria absoluta (94,6%) apresentava sangramento gengival. Além disso, demonstrou que o nível de doença periodontal estava associado com o nível de renda, sendo que a população de menor poder econômico, e conseqüentemente que mais depende do poder público no atendimento às ações de saúde, apresentava o maior nível de doença periodontal. É importante verificar o comportamento da população quanto a hábitos de higiene bucal, com objetivo de planejar programas educativos que vise à sua melhoria, com conseqüente redução do nível de placa e sangramento gengival (ABEGG, 1997).

PETRY, VICTORA E SANTOS (2000) apontam que, com o advento da mercantilização da prevenção também, torna a assistência preventiva privilégio para poucos. No Brasil, a quantidade de dentifrício produzido passa das 50 toneladas ao ano. Também são consumidos cerca de 75 milhões de escovas dentais e em torno de 1.000.000 km de fio dental. Apesar disto, não é percebida resposta positiva no que diz respeito à queda dos índices de cárie e placa dental, indicando o consumo inadequado destes aparatos pela sociedade. Também é grave o fato de que em função das desigualdades sociais e da má distribuição da renda, a mesma camada da sociedade a beneficiar-se dos serviços odontológicos seja a que consome estes produtos de higiene bucal.

Não bastasse a distorção de acesso aos produtos e serviços odontológicos por parte das diversas camadas sociais da população, segundo Oliveira e Saliba (2005) há de se destacar que, durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos. Os programas preventivos voltados para a doença cárie e periodontal visavam (ou visam) quase que em absoluto atender aos escolares. O restante da população ficava marginalizada a receber, quando muito, serviços de natureza curativa e mutiladores, com a extração de unidades

dentárias ou até mesmo da arcada completa. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos.

Outro importante meio de prevenção e controle da cárie dentária, com o advento da lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo Decreto Federal nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975, é o fato da fluoretação da água passar a ser obrigatória no país, naqueles municípios que existe estação de tratamento de água. Este mecanismo representou uma das principais e mais importantes medidas de saúde pública, podendo ser considerada como o método de controle de cárie dentária mais efetiva, quando considerada a abrangência coletiva. O fato desta medida não permitir uma abordagem seletiva para o controle da cárie explica as dúvidas e questionamentos sobre a mesma, que são freqüentemente uma questão de filosofia social e não científica, uma vez que está apoiada em sua segurança e efetividade comprovadas após cerca de cinquenta anos de implantação (PINTO, 2008).

Este mesmo autor afirma ainda que, há mais de cinco décadas, desde 1945, o flúor tem sido utilizado no controle da cárie dentária, resultando em uma melhora significativa na saúde bucal da população. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, admite que o poder preventivo da água fluoretada é de 40% a 70%, em crianças, dependendo do índice de prevalência de cárie, reduzindo também a perda de dentes em adultos entre 40% e 60%. A interrupção temporária ou definitiva da fluoretação acarreta em perda do benefício por parte da população, sendo que o mesmo ocorre quando os teores de flúor ficam abaixo do recomendado. Em situações de paralisação da medida, o aumento na prevalência de cárie pode ser de 27% para a dentição decídua e de aproximadamente 35% para a dentição permanente, após cinco anos.

Uma vez que os efeitos preventivos do flúor, amplamente reconhecidos, em ações de saúde pública, são maiores quando a água é empregada como veículo e considerando sua efetividade, custo e freqüência de consumo, a fluoretação das águas de abastecimento tem sido apontada como o melhor método sistêmico de exposição sistêmica ao flúor (RAMIRES e BUZALAF, 2007).

#### **4 METODOLOGIA**

Este trabalho consiste em um estudo exploratório e documental, de natureza descritiva sobre a atenção em saúde bucal para adultos no município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

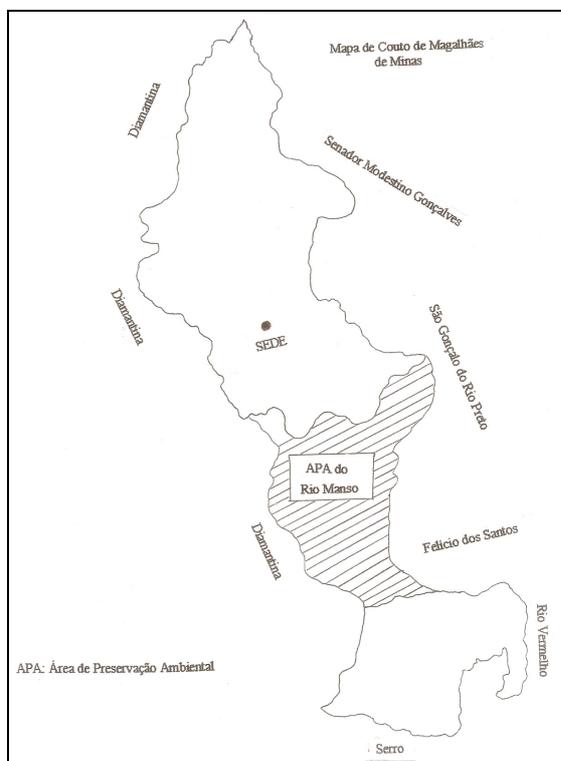
No desenvolvimento do trabalho temos como fonte de pesquisa dados da Secretaria Municipal de Saúde do município e do portfólio do CEABSF, por meio dos resultados das atividades do módulo “Saúde Bucal: atenção ao adulto”. Também foram usados dados obtidos através do IBGE, SIAB, DATASUS no período de março de 2010 a maio de 2011, mesmo período em que foi feita a busca pelo referencial teórico nas páginas eletrônicas do Scielo e Medline utilizando as seguintes palavras-chave: Odontologia, saúde bucal, políticas públicas, prevenção e adulto.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 O Município de Couto Magalhães de Minas - MG

O pequeno arraial de Rio Manso, que surgiu entre os pioneiros núcleos de povoados ligados às lavras diamantíferas, nos primeiros anos do século XVIII, é que deu origem à atual cidade de Couto de Magalhães de Minas/MG.

Em 1725, Sebastião Leme do Prado, fundador do povoado junto com seus companheiros paulistas, chegaram ao local em busca de ouro e diamantes e assentaram acampamento próximo às margens de um rio sereno e cristalino que recebe o nome de Rio Manso. Durante todo o período colonial, devido à rígida administração e pelo monopólio real sobre os diamantes, limitando os lucros e benefícios, o povoado, que pertencia a área do Distrito Diamantino desde 1734, teve seu crescimento contido. Com a decadência da mineração, as terras férteis do povoado passaram a ser exploradas com a plantação de frutas e com a agricultura, que se pode observar até os dias de hoje (IBGE, s/d).



**Figura II:** Mapa do município de Couto de Magalhães de Minas – Minas Gerais.

### **5.1.1 Aspectos sócio-econômicos e de infra-estrutura**

Devido a sua localização, próxima de Diamantina e no sentido do nordeste de Minas, passou a ser ponto de parada e pouso dos tropeiros, fazendo o comércio crescer. Ainda na época do auge da exploração dos diamantes foram erguidas duas importantes igrejas coloniais sem datação precisa: a matriz de Nossa Senhora da Conceição e a Capela do Bom Jesus de Matosinhos. No ano de 1839, o povoado passa a ser distrito do município de Diamantina, em homenagem ao ilustre político e escritor José Vieira Couto de Magalhães (IBGE, s/d).

Hoje, sua atividade principal é a agropecuária, seguida do comércio e mineração. Sua paisagem urbana principal conserva elementos remanescentes da época de sua criação, sua topografia bonita mescla campos de sempre-viva com montanhas repletas de pedras, abundância de água, com rios e córregos.

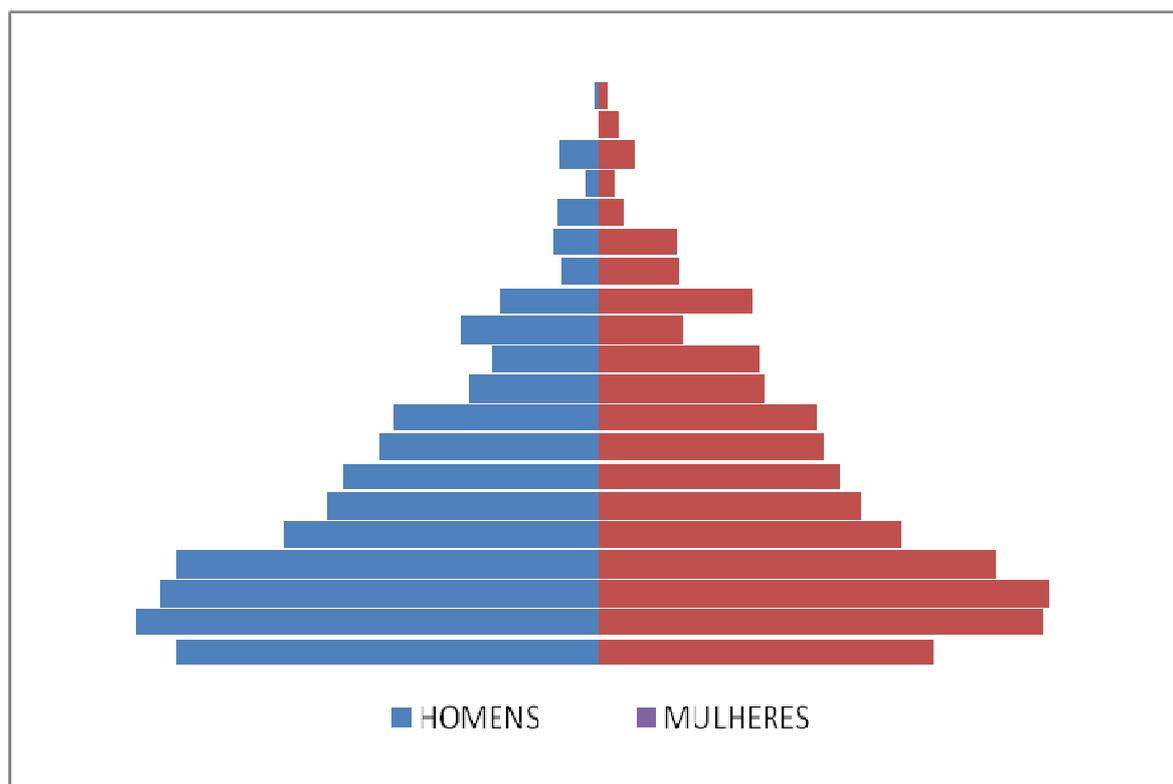
Em relação aos serviços de saúde, a cobertura da ESF no município é de 100% da população, sendo que o município aderiu a estratégia buscando reorganizar a atenção básica há 12 anos. Conta com duas equipes de saúde da família, com 10 ACS, sendo que 08 atuam na sede e dois na zona rural. A zona rural é constituída de cinco comunidades e assim, possui cinco ACS, sendo um para cada microárea.

Existem ainda várias iniciativas de trabalho nos PSF do município, tais como, a Pastoral da Criança, Agente Jovem, Leite para a Vida, Associações de Produtores Rurais, Associações de Artesãos e as Hortas Comunitárias. Esses trabalhos são dispersos e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

### **5.1.2 Aspectos demográficos**

De acordo com estimativas do IBGE para o ano de 2007, a população do município de Couto de Magalhães de Minas/MG é de 4.005 habitantes. Desta população, 49,62% são homens (1987) e 50,38% são mulheres (2018). Conforme se observa na pirâmide etária do município.

Em Couto de Magalhães de Minas/MG, a população cresce no ritmo de 2% ao ano (IBGE, 2000) e se caracteriza por ter uma população jovem, uma vez que a maior parte de sua população está na faixa etária entre zero e 25 anos, conforme evidenciado, abaixo, na pirâmide etária do município. Outro aspecto, também observado nesta pirâmide é o aumento da expectativa de vida da população idosa, pois apresenta um índice de envelhecimento que tende a crescer uma média de 17,5% ao ano.



Faixa Etária	00 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	95 a 99	> 99	Total
Mulheres	182	241	245	216	165	143	131	123	119	90	87	46	84	44	43	14	8	20	12	5	-	2018
Homens	229	251	238	229	171	147	139	119	111	70	58	75	54	20	24	22	7	21	-	2	-	1987
Total	411	492	483	445	336	290	270	242	230	160	145	121	138	64	67	36	15	41	12	7	0	<b>4005</b>

**Figura III** - Pirâmide etária do município de Couto de Magalhães de Minas/MG  
Fonte: censo demográfico 2000 (IBGE)

### 5.1.3 Indicadores da Atenção Básica

## a) Hospitalização

O quadro abaixo (Quadro I) possibilita a reflexão sobre as causas de internação no município de Couto de Magalhães de Minas. Assim, observa-se que os motivos mais frequentes de internação hospitalar variam de acordo com a idade da população.

Em crianças com menos de um ano existe uma distribuição aparentemente uniforme entre os motivos de internação, que são as afecções originadas no período perinatal e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. A cada uma destas designações é atribuído o valor de 20%, mesma porcentagem observada para internações por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Constata-se que em todas as faixas etárias do período que corresponde à infância, as doenças do aparelho respiratório se apresentam como as maiores causadoras de internações hospitalares. Assim, nas crianças com menos de um ano este tipo de moléstia corresponde 40% das intenções. Entre um a 04 anos são 44,4%. Nas crianças com 05 a 09 anos de idade, estas enfermidades dividem o total de internações com as doenças relacionadas ao sistema nervoso (50% para cada). Também, merecem destaque a hospitalização por doenças do aparelho circulatório para a população de um a quatro (22,2%).

Na adolescência o quadro de internação demonstra uma preocupação latente em todo o território nacional. Entre a população com idade entre 15 e 19 anos o principal motivo de hospitalização é, de longe, o relacionado à gravidez (gravidez, parto e puerpério). No ano de 2009, 89,3% das internações desta faixa etária foram provocadas pela gravidez precoce. Este fato torna-se mais assustador quando constatamos que em apenas três anos (2006-2009) este índice aumentou em quase 20%.

Entre a população adulta com idade entre 20 e 49 anos, os motivos de internação são bem heterogêneos, destacando os decorrentes de gravidez, parto e puerpério (48,1%), seguido por doenças do aparelho circulatório; lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas com 10,4% cada; doenças do aparelho digestivo (7,8%); neoplasias (tumores); doenças do aparelho respiratório; e doenças do aparelho geniturinário com 5,2% cada.

Entre a população com 50 a 59 anos, o maior índice de hospitalização ficou por conta das doenças do aparelho digestivo (22,5%) e das lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (20%). Também apresentou com relevante



IX. Doenças do aparelho circulatório	-	22,2	-	-	-	10,4	17,5	59,1	43,2	16,4
X. Doenças do aparelho respiratório	40,0	44,4	50,0	-	-	5,2	5,0	4,5	8,1	7,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	3,6	7,8	22,5	9,1	13,5	9,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	2,5	-	-	0,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	2,6	-	-	-	1,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	5,2	15,0	4,5	8,1	6,0
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	89,3	48,1	-	-	-	33,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	-	-	1,3	2,5	4,5	2,7	1,6
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	11,1	-	-	7,1	10,4	20,0	4,5	8,1	10,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## b) Morbidade e Mortalidade

O Quadro II revela que as causas de óbitos do município de Couto de Magalhães de Minas são diversificadas. A diferença entre a maior e a menor causadora de óbitos de menos é de 30 pontos percentuais (28,8%). Considerando apenas os óbitos com causas definidas no município de Couto de Magalhães de Minas, as doenças do aparelho circulatório são as que mais acometem a população principalmente (35,7%) Sendo freqüente nas populações dos dois últimos grupos etários ( $\geq 65$  e  $\geq 60$ ) onde a ocorrência é a mesma (55,6). Outra causa constante de óbitos que aparece em mais de uma faixa etária é são as neoplasias (tumores). No total, este foi o motivo de 21,4% dos óbitos do período em questão, acometendo pacientes de 20 a 49 anos (50%) bem como nas faixas de idade igual ou superior a 65 e 60 anos (22,2% cada). Doenças sem causa aparente provocaram o óbito de 28,6% da população distribuída por faixas etárias distintas.

**Quadro II:** Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas - CID10 – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: dados de 2008 são preliminares.

Grupo de Causas / Capítulo CID	Percentual por Faixa Etária									Total
	< 01	01a04	05a09	10a14	15a19	20a49	50a64	≥ 65	≥ 60	
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II. Neoplasias	-	-	-	-	-	50,0	-	22,2	22,2	21,4
IX. Dçs. do Aparelho Circulatório	-	-	-	-	-	-	-	55,6	55,6	35,7
X. Dçs. do Aparelho Respiratório	-	-	-	-	-	50,0	-	-	-	7,1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	7,1
XX. Causas Externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais causas indefinidas	50,0	100	-	-	-	-	-	22,2	22,2	28,6
Total	100	100	-	-	-	100	-	100	100	100

Cabe destacar no Quadro III que, entre os anos de 2002 e 2008, as principais causas de óbitos no município foram as doenças cardiovasculares, presentes com regularidade em todos os anos do intervalo e o diabetes mellitus que aparece nos anos de 2003, 2004 e 2006.

**Quadro III:** Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes) – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: dados de 2008 são preliminares.

Causa do Óbito	Ano						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	-	-	25,0	-	-	-	-
Neoplasia maligna da mama (mulheres)	-	-	-	-	-	48,4	-
Neoplasia maligna do colo do útero (mulheres)	-	-	-	-	-	-	-
Infarto agudo do miocárdio	25,0	-	-	-	25,0	-	22,2
Doenças cerebrovasculares	124,8	99,8	124,8	25,0	124,8	99,9	44,3
Diabetes mellitus	-	49,9	25,0	-	49,9	-	-
Acidentes de transporte	-	25,0	-	-	-	49,9	-
Agressões	-	-	-	25,0	-	-	-

O Quadro IV demonstra uma tendência constante no número de óbitos do município de Couto de Magalhães de Minas. Em média, se observou o quantitativo de 25,4 óbitos por ano.

O ano de 2004 apresentou menor número de óbitos, sendo que a mortalidade infantil para aquele ano foi a segunda menor neste período. Já no ano de 2006 o número de mortes na população chegou ao seu patamar mais alto totalizando 32 óbitos. O mais preocupante neste ano se deve ao fato da mortalidade infantil ter alcançado a marca de 43,5% por 1.000 nascidos vivos o que confere a este ano o maior índice do período exposto.

**Quadro IV:** Outros indicadores de mortalidade – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

\*\*Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: dados de 2008 são preliminares.

Outros Indicadores de Mortalidade	Ano						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de óbitos	30	29	20	23	32	23	21
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	7,5	7,2	5,0	5,7	8,0	5,7	4,7
% óbitos por causas mal definidas	6,7	17,2	10,0	8,7	3,1	26,1	33,3
Total de óbitos infantis	2	-	1	-	3	1	2
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	-	1	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	6,7	-	5,0	-	9,4	4,3	9,5
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	-	-	100,0	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	27,0	-	17,2	-	43,5	15,4	32,8

### 5.1.4 Produção da Equipe de Saúde

Na estrutura apresentada no Quadro V, fica evidente que o município de Couto de Magalhães de Minas tem atendimento exclusivo por meio do Sistema Único de Saúde, não havendo, portanto, atendimento à população por consultórios e ou clínicas particulares.

Outro fato interessante é o quantitativo de profissionais da área de saúde bucal no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que é de apenas um. Estes dados parecem não ter uma precisão exata, pois o Quadro X elaborado conforme informações coletadas diretamente da Secretaria Municipal de Saúde revelam a existência de três cirurgiões dentista e dois técnicos em higiene dental integrados à ESB. De toda forma, parecer ser necessária a ampliação deste quadro de profissionais para que de fato possa buscar um atendimento integral e adequado as necessidades da população do município.

**Quadro V:** Recursos humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas – dezembro de 2009 – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

Recursos Humanos / Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	6	6	-	1,3	1,3
Anestesista	-	-	-	-	-
Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
Clínico Geral	2	2	-	0,4	0,4
Ginecologista / Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
Médico de Família	3	3	-	0,7	0,7
Pediatra	-	-	-	-	-
Psiquiatra	-	-	-	-	-
Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	1	1	-	0,2	0,2
Enfermeiro	2	2	-	0,4	0,4
Fisioterapeuta	1	1	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	-	-	-	-	-



	Total	4.145	103,4	0,08	100,0	54,3	92,3	-	8,1	9,7	9,7
2005	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.371	109,1	0,09	98,7	61,4	85,7	-	6,9	15,6	7,8
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.371	109,1	0,09	98,7	61,4	85,7	-	6,9	15,6	7,8
2006	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.438	110,8	0,10	96,4	69,4	92,7	-	5,7	15,0	3,7
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.438	110,8	0,10	96,4	69,4	92,7	-	5,7	15,0	3,7
2007	PACS	-	-	0,09	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-
	PSF	4.199	104,8	0,10	93,7	69,5	83,6	16,7	2,8	4,2	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.199	104,8	0,10	93,8	70,1	83,8	15,9	2,8	4,2	-
2008	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.270	94,6	0,11	99,3	62,9	88,6	-	4,7	17,2	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.270	94,6	0,11	99,3	62,9	88,6	-	4,7	17,2	-
2009	PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSF	4.565	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	4.565	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-

Dos procedimentos realizados pela Equipe de saúde da Família, 75,5% são procedimentos de atenção básica contra 24,5% de procedimentos especializados. As ações de enfermagem e de nível médio são de 30,3% dos procedimentos as ações médicas básicas são 12,4% dos procedimentos. Destaque para as ações básicas em odontologia que são 27% dos procedimentos voltados a atender principalmente a demanda espontânea.

**Quadro VII:** Quantidade, valor e valor médio dos procedimentos ambulatoriais em 2006 – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

Fonte: SIA/SUS. Situação da base de dados nacional em 20/09/2009.

Categoria de procedimentos	Quantidade Aprovada		Quantidade Apresentada	
	Nº	%	Nº	%
<b>Procedimentos de Atenção Básica</b>	<b>21.266</b>	<b>75,5</b>	<b>21.831</b>	<b>72,6</b>
01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	8.538	30,3	8.538	28,4
02-Ações Médicas Básicas	3.500	12,4	3.632	12,1
03-Ações Básicas Em Odontologia	7.598	27,0	7.598	25,3
04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	1.406	5,0	1.833	6,1
05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	224	0,8	230	0,8
<b>Procedimentos Especializados</b>	<b>6.905</b>	<b>24,5</b>	<b>8.221</b>	<b>27,4</b>

### 5.1.5 Recursos de Saúde

**Quadro VIII:** Estrutura física da rede assistencial de saúde de Couto de Magalhães de Minas.

Fonte: SMS de Couto de Magalhães de Minas

Nome da Unidade	Área Construída	Médico Clínico Geral	Consultórios Cirurgião Cirurgião- Dentista	Médico Ginecologista
Centro de Saúde Eliza Guimarães	698, 10 m <sup>2</sup>	02	03	01

**Quadro IX:** Instalações físicas para assistência ambulatorial da unidade básica de saúde Centro de Saúde Eliza Guimarães – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

Fonte: DATASUS/CNES. Cadastrado no CNES em: 12/3/2002 ultima atualização em: 21/4/2011. Situação da base de dados nacional em 25/04/2011.

Instalação:	Quantidade/Consultório:	Leitos/Equipamentos:
Odontologia	1	0
Sala de curativo	1	0
Sala de enfermagem (serviços)	1	0
Sala de imunização	1	0
Sala de nebulização	1	0
Sala de pequena cirurgia	1	0
Sala repouso/observação - feminino	1	2
Sala repouso/observação - masculino	1	2
Sala repouso/observação - pediátrica	2	2
Serviço de apoio	Característica	
Ambulância	Próprio	

## 5.2 A Organização e Estruturação da Saúde Bucal no Município de Couto Magalhães de Minas - MG

### 5.2.1 Capacidade instalada

O serviço odontológico do município de Couto Magalhães de Minas/MG é gerenciado por uma Coordenação Municipal de Saúde Bucal e conta atualmente, com a seguinte estrutura organizacional:

**Quadro X:** Recursos humanos em saúde bucal – município de Couto de Magalhães de Minas.

Fonte: DATASUS/CNES. Cadastrado no CNES em: 12/3/2002 ultima atualização em: 21/4/2011. Situação da base de dados nacional em 25/04/2011 e SMS de Couto de Magalhães de Minas, em abril de 2011.

Recursos Humanos / Categoria	Total	
	CNES <sup>1</sup>	SMS <sup>2</sup>
Auxiliar de consultório dentário	00	02
Cirurgião-dentista inserido na ESF	01	02
Técnico em Higiene Dental	02	00
Total	03	04
Equipes de Saúde Bucal inserida na ESF	01	01

**Quadro XI:** Estrutura física e de equipamentos em saúde bucal – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.

Fonte: SMS de Couto de Magalhães de Minas e DATASUS/CNES. Cadastrado no CNES em: 12/3/2002 ultima atualização em: 21/4/2011. Situação da base de dados nacional em 25/04/2011.

Equipamento	Existentes	Em Uso
<b>Equipamento de Diagnóstico por Imagem</b>		
Raio X odontológico	01	01
Total	01	01
<b>Estrutura Física da Odontologia</b>		
Unidade Odontológica Instalada no Centro de Saúde	02	02
Unidade Odontológica Instalada em Escolas	00	00
Unidade Odontológica Instalada na Área Rural	00	00
Unidade Odontológica Móvel	00	00
Policlínica Odontológica	00	00
Unidade de Escovação Instalada em Escolas	01	01
Total	03	03

Com base nestes dados é possível afirmar que os quantitativos tanto de pessoal quanto de equipamentos no município carecem de reforço. Vale destacar a situação da população da zona rural para quem não há previsão de atendimento por parte das ESB, a não ser que se desloquem para o perímetro urbano. Assim, a aquisição de uma unidade móvel para atender a esta demanda seria importante, pois poderia evitar que toda a população fique excluída da atenção odontológica.

### 5.2.2 Panorama das ações em saúde bucal realizadas no serviço público em Couto Magalhães de Minas/MG.

O município de Couto Magalhães de Minas/MG buscando a reorganização das ações de saúde na atenção básica criou em 2002 a ESF e, hoje, o município conta com uma cobertura de 100% da população, considerando ter um total de 4.005 habitantes. A partir deste fato e, tendo como base a Portaria nº. 267 de 06/03/2001, além do referendo do Conselho Municipal de Saúde, inseriram as ESB na ESF, ampliando e estendendo as ações de saúde bucal para a população, em 2003.

O quadro XII mostra as lacunas existentes nos procedimentos odontológicos realizados no município de Couto Magalhães de Minas, uma vez que a média dos procedimentos odontológicos básicos individuais foi de 3,25 em 2004 caindo para 1,17 em 2006. A cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada foi zero nos últimos sete anos e, a primeira consulta odontológica programática ficou em 9,93 em 2006.

**Quadro XII:** Ações de saúde bucal – município de Couto de Magalhães de Minas/MG.  
Fonte: CNM/DATASUS. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Saúde Bucal	Ano						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	0	0	0	0	0	0	9,93
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	0	0	0	0	0	0	0
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	0,36	0,77	1,24	0,8	3,25	1,56	1,17
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	0	1,36	0	0	0	0	0

No Sistema do DATASUS, Quadro XII apresentado acima, observa-se que as informações encontradas são poucas e incompletas, dificultando uma análise de dados presentes nesta base. Pelo fato de não existir outros dados sobre a saúde bucal do adulto no município, de antemão a análise fica comprometida. É importante esclarecer, que todas as atividades odontológicas são realizadas na UBS “Eliza Guimarães” onde estão instaladas as duas ESB em funcionamento no município.

Atualmente, o município conta com o trabalho de duas Equipes de Saúde Bucal (ESB), ambas na modalidade I, ou seja, composta pelo Cirurgião-dentista (CD) e um

Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). As duas ESB atuam integradas a ESF nas atividades/ações curativas e de prevenção à saúde bucal de escolares. Uma dessas equipes atua na Escola Municipal São Judas Tadeu, onde atende 360 alunos com idade entre seis e 12 anos, realizando trabalho preventivo através de escovação supervisionada, aplicação de bochecho fluorado semanal, além de palestras e agendando dos escolares, conforme a demanda, para tratamento clínico na USB. E a outra ESB, atua inserida na ESF, que além de atender os escolares da Escola da Escola Municipal Professora Emília de Carvalho, atende também, os adolescentes e adultos da USB “Eliza Guimarães” realizando procedimentos de demanda espontânea, principalmente exodontias e restaurações de dentística.

Esse atendimento para adultos e adolescentes realizados na UBS “Eliza Guimarães” é feito sem um programa específico voltado para o público alvo adulto. Os atendimentos de emergência e curativos são realizados nos adultos sem a preocupação com a prevenção e com educação permanente, ficando esse público, a mercê da demanda espontânea. Dessa maneira a acessibilidade dos usuários adultos aos serviços odontológicos fica prejudicada.

Frente a estas informações, observa-se que a atenção em saúde bucal prestada pelas ESB do município necessita ser repensada em sua forma de atuação, uma vez que está desenvolvendo ações apenas direcionadas as necessidades do público de crianças e adolescentes, quando na verdade o público das demais outras faixas etárias continuam ficando sem assistência. Aliado a este fato, também, deixam de cumprir com os objetivos da inserção da ESB na ESF, que é o acesso para todos seguindo o princípio da universalidade do SUS, de acordo com a Lei 8080/90.

Sabe-se que é importante registrar que a prática de higiene bucal é um dos hábitos que, se incorporados ao estilo de vida, favorecem a manutenção de uma boa condição de saúde bucal, assim se a população adulta do município não está recebendo as orientações sobre os hábitos saudáveis de higiene bucal, que são ações preventivas/educativas importantes que devem ser mantidas e até ampliadas, uma vez que são base para se alcançar boa saúde bucal, em qualquer fase da vida. Entretanto, além de medidas educativas e preventivas, é necessário pensar em medidas reabilitadoras, considerando o fato de que o adulto estava e ainda está, em muitos municípios, desassistido e, com isso, tem necessidades de tratamento que vão muito além da atenção primária.

Fica explícito, também que, as ações de saúde bucal tem sua atenção maior voltada para a população de crianças e adolescentes, pertencentes a faixa etária de três a 14 anos, da rede pública de ensino, onde é desenvolvida ações de prevenção, de promoção da saúde bucal, profilaxia bucal, tratamentos restauradores, entre outras. Assim, o atendimento do adulto, quando acontece, fica restrito a realização de procedimentos básicos tais como, as exodontias e restaurações, ou seja, tem a disposição ações curativas que, infelizmente não resolve os problemas de saúde bucal desse público.

Quando há necessidade de realizar procedimentos mais especializados, de atenção secundária, os usuários do município de Couto Magalhães de Minas/MG são referenciados para o município de Diamantina, que possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do tipo I, onde são atendidas apenas as especialidades de Endodontia e Dentística. Além disso, este município não conta com Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) onde são confeccionados os trabalhos de prótese. Caso hajam pacientes especiais que necessitam de tratamento hospitalar não tem como realizar estes procedimentos, uma vez que o município de Couto Magalhães não aderiu a pactuação com outros municípios visando esses atendimentos, uma vez os custos relativos às internações hospitalar são elevados. As demais especialidades, que por ventura forem demandadas pela população, hoje, não há um sistema de referência e contra-referência para garantir estes atendimentos.

Considerando estes dados expostos acima, há necessidade de se ampliar o acesso do adulto nos serviços públicos de saúde bucal, não só apenas à atenção básica, mas também, ao nível secundário e terciário, pois, além de não existir a pactuação por parte do município em relação aos atendimentos especializados em nível hospitalar, o CEO de Diamantina não possui especialidade de prótese dental, ficando a pergunta: como esta sendo atendido o público que possui estas necessidades?

Em relação a população residente na zona rural, que corresponde a 9,6% da população do município, os adultos são atendidos na UBS 'Eliza Guimarães' através de agendamento realizados pelas Agente Comunitária de Saúde (ACS). Esse atendimento quase sempre são casos de urgência e/ou para a realização de restaurações simples e exodontias.

Quanto ao atendimento de pacientes com necessidades especiais, que demandam por atendimento odontológico, também são referenciados para o CEO do município de Diamantina, cidade limitante com o município de Couto de Magalhães de

Minas, que é a cidade pólo de referencia nos serviços de saúde, na região do alto Jequitinhonha.

Em relação aos atendimentos odontológicos de urgências em saúde bucal, em todas as unidades com atuação odontológica, os usuários que apresentam essas necessidades, são atendidos pelos profissionais lotados na UBS “Eliza Guimarães”, uma vez que sempre há um profissional através do sistema de plantão para o atendimento desses casos. Este plantão decorre de um rodízio entre os mesmos.

Sabe-se da importância e necessidade de que a rede de serviços de saúde de qualquer município tenha estruturado o serviço de atendimento de urgência. Entretanto, tão importante como este serviço é o de buscar uma articulação da rede de atenção básica com os demais níveis de atenção visando garantir o atendimento integral, uma vez que o atendimento de urgência além de ser um serviço de custo alto, não resolve as verdadeiras causas dos problemas bucais apresentados.

O atendimento odontológico no município, anteriormente oferecido a população, funcionava na base da demanda espontânea e, recentemente, a SMS recebeu novas orientações do MS em relação ao modelo de atenção a saúde e, com isso está sendo implantada uma proposta visando priorizar o atendimento das famílias cadastradas na ESF, que são agendados pelas ACS, para que sejam atendidos da UBS Eliza Guimarães. Esta priorização leva em conta dados socioeconômicos dos familiares e, principalmente, a acessibilidade dos usuários aos serviços odontológicos locais. Este foi um avanço que merece ser registrado (SMS, 2011).

Ainda complementando as informações sobre a rede de atenção de saúde bucal ao adulto, durante o desenvolvimento do módulo de Saúde Bucal – atenção ao adulto, da unidade didática II do CEABSF, as atividades realizadas evidenciaram a situação de saúde bucal do adulto do município de Couto Magalhães de Minas/MG.

Nas atividades desta disciplina, para a consolidação dos dados de necessidade em saúde bucal foi utilizado o modelo adotado pela prefeitura da Belo Horizonte que apresenta uma escala em três níveis, sendo atribuído o código “0” para pacientes que não apresentam nenhum dente com cavitação e, portanto, não há necessidade de extrações e/ou restaurações. O código “2” foi conferido aos pacientes que necessitaram de 04 a 08 extrações e/ou restaurações e, o código 03 a indicação de pacientes com necessidades de mais de oito extrações e/ou restaurações. Nestas bases, foi identificado no levantamento do inquérito de necessidades que 35% (trinta e cinco por cento) dos pacientes adultos

examinados se enquadraram no código “2” (dois) da escala acima exposta. Outros 30% (trinta por cento) no código “3” (três) e, apenas uma pequena parcela, correspondente a 15% (quinze por cento) dos usuários encontravam-se no código “0”. Ou seja, os dados encontrados não fogem da realidade nacional, uma vez que estas evidências foram comprovadas quando da realização do levantamento nacional de saúde bucal - SB Brasil 2003. Ficaram evidentes que há muita necessidade de restaurações dentárias, pois, a amostra consultada indica uma grande necessidade de exodontias e ou restaurações.

Sobre as Lesões de Mucosa, nenhuma lesão suspeita foi encontrada, apenas o diagnóstico em um usuário com Torus Palatino, o que não indica nenhum agravo para a saúde do mesmo. Para a realização deste exame foi utilizado o modelo para o registro de lesões de tecido mole da boca da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

Em relação à doença periodontal, foi utilizado o Índice Periodontal Comunitário (IPC) para o exame dos usuários. A maioria dos adultos jovens examinados encontravam-se nos códigos “1” e “2” (um e dois), ou seja, prevalência de sangramento após sondagem e presença de cálculo periodontal, considerando que esse índice periodontal nos dá o diagnóstico de três condições do periodonto, a saber: código 01: sangramento após sondagem; código 02: presença de cálculo periodontal (tártaro); e código 03 bolsa periodontal.

Sobre os resultados acima encontrados, também, coincidem com os dados do SB-Brasil 2003. Na população adulta, não só do município de Couto de Magalhães de Minas, os agravos periodontais são mais evidentes que o problema da doença cárie dentária. Apontando assim a importância de políticas de saúde bucal para contemplar esta faixa etária nas suas especificidades, visando com isso a melhoria dos referidos índices e o restabelecimento de sua saúde bucal.

Importante registrar que não há um levantamento epidemiológico completo sobre a situação da saúde bucal da população do município de Couto de Magalhães de Minas, há apenas uma breve descrição sobre a condição de saúde bucal do adulto do município, construída pelos dois cirurgiões dentistas integrantes da ESB do referido local.

Na atividade síntese do módulo de saúde bucal do adulto, quando fez referência às políticas públicas locais, ficou evidenciado que a população adulta não é atendida pelo programa de saúde bucal coletiva em suas demandas básicas, restauradoras, restringindo-se à exodontias e atendimentos de urgências. No entanto, sabe-se que as

doenças bucais não são causadas meramente por fatores biológicos, mas também, por fatores ambientais, socioeconômicas, escolaridade, estilo de vida e acesso ao serviço de saúde. Estes fatores estão fortemente relacionados com o processo saúde-doença e, por isso as ações de promoção prevenção precisam ser desenvolvidas para alcançar todas as faixas etárias e em todos os níveis de atenção.

Um fator agravante no processo saúde-doença local foi a identificação, durante o estudo do diagnóstico situacional de saúde do município, realizado no módulo 3 de planejamento e avaliação das ações de saúde, do problema da água para consumo que não é tratada. Apesar de quase 100% das residências possuírem água encanada, toda a água consumida pela população não é tratada. Ou seja, como se não bastasse o fato da água de abastecimento público não conter flúor, encontrou-se um problema maior, considerando que a água é o principal veículo transmissor de doenças.

De acordo com Pinto (2008) só a fluoretação da água de consumo é responsável por cerca de 40% da redução de cárie na população. O que é reforçado pelo MS quando afirma que

A comparação entre os dados obtidos no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil – relativos ao CPO-D (número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo) dos municípios que têm água fluoretada e dos que não têm apontou notáveis diferenças. O CPO-D nas crianças de 12 anos e adolescentes dos municípios que têm água fluoretada foi de 2,27 e 5,69, respectivamente (BRASIL, 2004, p. 23).

No entanto, tão importante quanto investir na fluoretação da água de abastecimento pública, o grande investimento do município precisa ser o de realizar primeiro o tratamento da água.

Fazendo uma análise geral dos dados encontrados no levantamento de saúde bucal do adulto, observar-se que o município de Couto de Magalhães de Minas, a respeito da organização da atenção em saúde direcionada para o adulto, é muito semelhante ao que ocorre em todo o país, ou seja, ainda apresenta muitas limitações e, além disso, há uma carência de dados epidemiológicos em relação a saúde bucal do adulto. Inclusive, até o momento ainda não foi realizado um levantamento epidemiológico de saúde bucal no município.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os desafios para que a saúde bucal seja de fato um direito de todos, pois somos conscientes dos muitos problemas ainda presentes na rede de atenção em saúde bucal dos municípios, em especial dos municípios de pequeno porte, onde o acesso a atenção básica vem avançando, mas a garantia da integralidade ainda representa um grande desafio. E com isso, muitas doenças bucais ainda afligem a população brasileira.

Tendo em vista o panorama das ações de saúde bucal direcionadas ao adulto, em uma reflexão de causa e consequência, os dados mostraram a falta de acessibilidade dos adultos aos serviços públicos de saúde bucal no município de Couto de Magalhães de Minas, demonstrando a necessidade de mudanças ainda maiores no modelo de atenção em saúde bucal no mesmo.

Embora tenha ficado evidente que o município vem buscando reorganizar a atenção básica, uma vez que já adotou a ESF, inseriu a ESB, realiza um trabalho de promoção de saúde com ênfase nos escolares, observa-se uma falta de articulação entre as várias ações em saúde bucal desenvolvidas no município, uma vez que não se garante o acesso do público adulto a todos os procedimentos da atenção básica e, muito menos a todos os níveis de atenção.

Observa-se que a assistência odontológica ofertada ao adulto não corresponde as suas reais necessidades, assim torna-se importante, portanto, viabilizar melhorias na atenção em saúde bucal prestada a este público cadastrado na ESF do município, bem como, investir no funcionamento efetivo do sistema de referência e contra-referência.

Não é intenção deste trabalho estabelecer um modelo de atenção de saúde bucal para o município, mas buscar identificar e analisar a situação atual da rede de atenção em saúde bucal direcionada ao público adulto e, com isso contribuir com os gestores, profissionais e comunidade sobre futuras propostas de saúde bucal para o adulto do município de Couto de Magalhães de Minas.

## REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Revista Saúde Pública**, v.31, n.6, p.586-593, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n6/2333.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf>> Acesso em: 02 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.sbbrasil2010.org/>> Acesso em: 23 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1, 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorioIconferencianacionaldesaudebucal.doc>> Acesso em: 10 ago. 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2, 1993, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2\\_conf\\_saudebucal.doc](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc)> Acesso em: 10 ago. 2010.

CORDON, J.; GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n.6, p.10-16, 1991.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em 15 mar. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico de Couto de Magalhães de Minas**. s/d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 13 mar. 2010.

MELLO, S. F. de; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.696-704, out./dez. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBA, N.A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, p.297-302, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a30v10s0.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2010.

PALMIER, A.C.; FERREIRA, F.F.E.; MATTOS, F.; VASCONCELOS, M. **Saúde bucal no contexto da atenção básica à saúde. Saúde do adulto**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.

PETRY, P.C.; VICTORA, C.G.; SANTOS, I.S. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.145-153, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1573.pdf>> Acesso: 20 mar. 2010.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 5.ed. São Paulo: Santos, 2008. 635p.

PUCCA JR., G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.243-246, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n1/29469.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2010.

PUCCA JR., G.A. A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter Odontologia**, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/imprimir.asp?id=81>> Acesso em: 02 out. 2010.

RAMIRES, I; BUZALAF, M.A.R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.1057-1065, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/24.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2010.

RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.3, p.428-429, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/01.pdf>> Acesso em: 09 fev. 2011.

SANTOS, R.M. **Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: um estudo de prevalência**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS. Reunião realizada no dia 07 de fevereiro de 2011. Couto de Magalhães de Minas, 2011. sp.

SHINKAI, R.S.A; CURY, A.A.D.B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.4, p.1099-1109, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000400028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000400028&script=sci_arttext)> Acesso em: 20 jul. 2010.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas. Brasília: Editora MS, 2002.