



Faculdade de
Odontologia UFMG



**FACULDADE DE ODONTOLOGIA – UFMG
PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / SMSA**

**ADESÃO À ESF/ESB VERDE DO C. S. SÃO BERNARDO AOS
PROJETOS TERAPÊUTICOS SEQUENCIAIS**

BELO HORIZONTE – OUTUBRO DE 2009



Faculdade de
Odontologia UFMG



1

FACULDADE DE ODONTOLOGIA – UFMG
PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / SMSA
ANTONIO RICARDO BICALHO

**ADESÃO À ESF/ESB VERDE DO C. S. SÃO BERNARDO AOS
PROJETOS TERAPÊUTICOS SEQUENCIAIS**

**TRABALHO APRESENTADO PARA DEFESA DE TESE DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DA FOUFMG / PBH**

ORIENTADOR: PROF^a. MARA VASCONCELOS

OUTUBRO DE 2009

*“Se tu queres ver a imensidão do céu e mar
Refletindo a prismação da luz solar
Rasga o coração, vem te debruçar
Sobre a vastidão do meu penar...”*

(Iara – “Rasga o coração”, Anacleto de Medeiros e Catulo da
Paixão Cearense, 1896)

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo analisar as causas da baixa adesão dos moradores da Vila Aeroporto aos projetos terapêuticos propostos pela Unidade Básica de Saúde São Bernardo, atendidos pelos profissionais vinculados à Equipe Verde. Observa-se que os moradores procuram pelos serviços de saúde principalmente nos casos agudos e de dor. O comparecimento aos grupos operativos e procedimentos preventivos é baixo. Assim, na tentativa de entender as causas destes comportamentos, como procedimento metodológico realizamos o Ecomapa para registrar as adesões a outros serviços sociais ofertados à comunidade, Grupo Focal com os moradores, líderes comunitários, para conhecer as causas da baixa adesão aos projetos terapêuticos da Unidade Básica de Saúde. Além desses instrumentos foram utilizados, ainda, as observações realizadas pelos ACS, pelos profissionais e os dados do Centro de Saúde São Bernardo. Como resultado, encontramos que um dos fatores dificultadores para a adesão às ações da UBS é o acesso geográfico, pois existe uma ladeira íngreme para se chegar a UBS São Bernardo pelos usuários da Vila Aeroporto. Como conclusão, podemos afirmar que todas as proposições de melhoria na adesão para as pessoas da comunidade devem ser realizadas dentro da Vila Aeroporto e não na UBS, facilitando o acesso/comparecimento das pessoas. Para efetivação dessa proposta foram criados grupos como: Vida saudável, Crianças com baixo peso ou desnutridos da ESF Verde e Sorriso saudável.

Palavras-Chave: Adesão, Absenteísmo, Promoção de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the causes of poor adherence of the residents of Airport Village to therapeutic projects proposed by the Basic Health Unit St. Bernard, attended by professionals linked to the Green Team. It is observed that the residents seek health

services especially in cases of acute pain. The attendance of operative groups and preventive procedures is low. Thus, in an attempt to understand the causes of these behaviors, such as the methodological procedure performed Ecomap to record accessions to other social services offered to the community, focus group with residents, community leaders, to understand the causes of poor adherence to therapy plans of the Unit Basic Health. In addition to these instruments were used, yet the observations made by ACS, professionals and data from the Health Center St. Bernard. As a result, we find that one of the factors hindering the accession to the shares of UBS is the geographic access, as there is a steep slope to arrive at UBS St. Bernard by users of the Airport Village. In conclusion, we can say that all propositions to improve adherence to community people should be held within the Airport Village and not at UBS, facilitating access / attendance of people. For realization of this proposal have created groups such as Healthy Living, Children underweight or malnourished FHT Green and Healthy Smile.

Keywords: Accession, Absenteeism, Health Promotion

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Introdução - Foto 1 - Centro de Saúde São Bernardo/BH	8
Absentéismo – ESF Verde – Atenção Básica	
Gráfico 1- Ausência / pessoas	9
Gráfico 2- Especialidades / pessoas	10
Saúde Bucal da Comunidade Vinculada à ESF Verde	
Gráfico 3 – 1º INTO - Comparecimento: Idades/ Pessoas	12
Gráfico 4 – 1º INTO - Necessidades / Pessoas/ Códigos	12
Gráfico 5 – 2º INTO - Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo	13
Gráfico 6 – 2º INTO- Necessidades / Pessoas / Códigos	13
Gráfico 7 – 3º INTO- Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo	14
Gráfico 8– 3º INTO- Necessidades / Pessoas / Códigos	14
Gráfico 9 – 4º INTO-Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo	15
Gráfico 10 – 4º INTO- Necessidades / Pessoas / Códigos	15
Gráfico 11 – 5º INTO -Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo	16
Gráfico 12 – 5º INTO -Necessidades / Pessoas/ Códigos	16
Resultado do Ecomapa e suas Ilustrações	
Ilustração 1- Ecomapa ESF Verde- MA 5 – ACS Viviane – Jan/09.....	20

Ilustração 2 -Ecomapa ESF Verde- MA 7 – ACS Cristiane – Jan/							
09.....	21						
Foto	2	-	Campo	de	futebol		
.....21							
Foto	3	-	Ribeirão	Pampulha			
(córrego).....	22						
Foto	4	-CCSB	-	Centro	Cultural	São	Bernardo
.....22							
Grupos de Vida Saudável							
Tabela 1-a. Classificação dos Imóveis							
24							
b. Classificação quanto ao Cadastro							
24							
Tabela 2-a. Classificação quanto às Idades							
24							
b. Classificação quanto ao Gênero							
24							
Tabela 3- Situações Especiais							
25							
Tabela 4- Grupo de Vida Saudável							
27							
Tabela 5- Grupo de Nascimento Saudável							
28							

SUMÁRIO

1 – Introdução	7
2 – Justificativa	8
3 – Objetivo Geral	10
4 – Objetivo Específico	10
5 – Hipótese	10
6 – O Contexto - Centro de Saúde São Bernardo / BH	11

7 – Saúde Bucal da Comunidade Vinculada à ESF Verde.....	11
8 – Materiais e Métodos	17
9 – Resultado do Ecomapa com Ilustrações.....	19
10 – Grupo Focal	
22	
10.1 - Grupos “Vida Saudável”- hipertensos/diabéticos da ESF/ESF Verde.....	
23	
10.2– Grupos de crianças c/ baixo peso/desnutridos da ESF/ESB Verde.....	
25	
11 – Projeto de intervenção	
26	
11.1 – Problema	
26	
11.2 – Metodologia	
26	
12 – Conclusão	
29	
13 – Referências	
29	
14 – Anexos	
30	

1 - Introdução

A Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde ao propor novas formas de lidar com o processo saúde-doença da comunidade busca instrumentalizar equipes e profissionais para se responsabilizar no enfrentamento e na solução dos problemas da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dentro dessa nova proposição da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, o serviço organizado na lógica da estratégia de Saúde da Família procura atuar de forma integral, nas relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita. Dessa forma procura-se garantir a continuidade das ações de saúde e respostas para as necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na estratégia de saúde da família o foco está na família, a partir de seu ambiente físico e social. Somado à lógica da vigilância à saúde e na concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida o serviço de saúde privilegia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família em todos os seus ciclos de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A partir dessa concepção de saúde e da necessidade de se possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos para os moradores da área adscrita do Centro de Saúde São Bernardo, que o presente estudo se baseia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).



Foto 1- Centro de Saúde São Bernardo/BH

2 - Justificativa

Os dados de absenteísmo da Equipe de Saúde da Família Verde (ESF Verde), para tratamentos seqüenciais são mais freqüentes e foram observados pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS). Para os profissionais existe uma diferença na adesão entre as equipes de saúde da UBS.

Os usuários, da ESF Verde, procuram os serviços de saúde quando as morbidades estão em estágio grave e não fazem a adesão aos programas preventivos, ao contrário das outras equipes da UBS São Bernardo. São ofertados os mesmos programas para todas as Equipes de Saúde da Família, mas o comparecimento dos usuários das outras equipes é bem superior ao da ESF Verde.

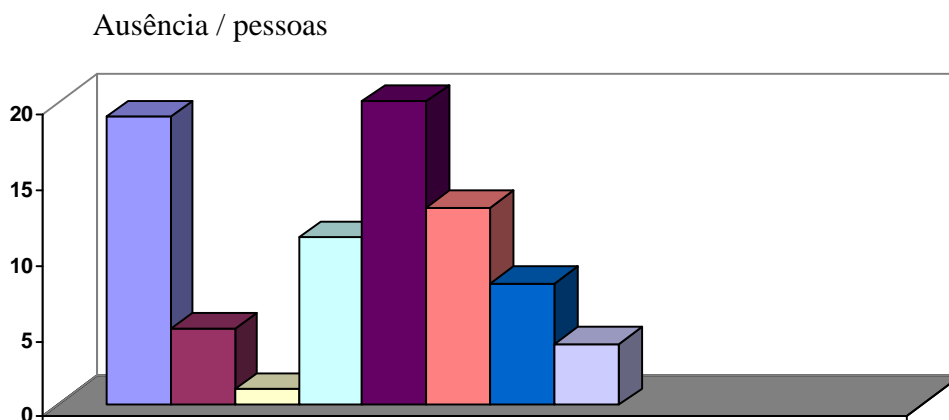
Nos gráficos 1 e 2, abaixo, podemos observar o absenteísmo dos usuários vinculados à ESF Verde, nas ações desenvolvidas na UBS São Bernardo na atenção básica e nas especialidades

odontológicas, no período de janeiro a agosto de 2009.

Para Jandrey (1999), o absenteísmo representa o medo/ansiedade ao atendimento odontológico, o tipo de percepção que a clientela tem a respeito dos serviços. Além desses fatores o absenteísmo é a manifestação de um processo maior, qual seja, o de exclusão social que, por sua vez, permeia toda a sociedade.

Os moradores da Vila Aeroporto da ESF Verde pertencem à área de muito elevado risco e provavelmente sofrem um processo de exclusão da sociedade.

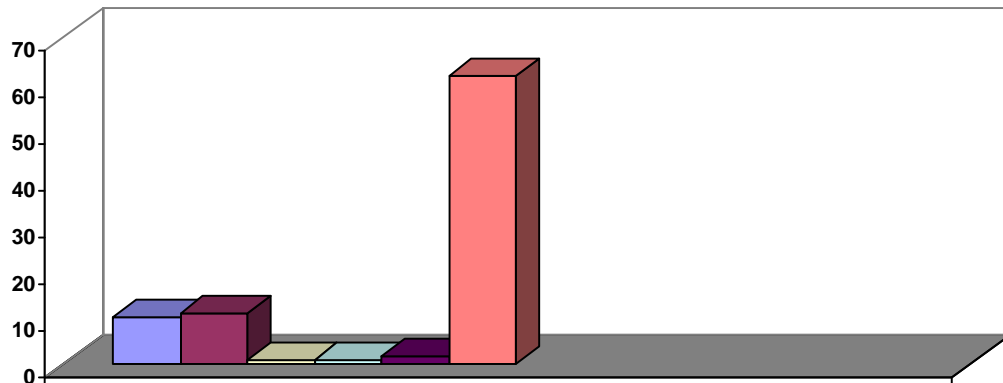
Gráfico 1- Absenteísmo – ESF Verde – Atenção Básica



Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
19	05	01	11	20	13	08	04

Fonte: ESF Verde – C. S .São Bernardo Jan / Ago- 2009

Gráfico 2 - Especialidades / pessoas



Cirurgia Odontológica	Endodontia	Disfunção de ATM	Odontopediatria	Periodontia	Radiologia Odontológica
10	11	01	01	02	62

Fonte: ESF Verde – C. S. São Bernardo – Jan / Ago- 2009

3 - Objetivo Geral

Conhecer o tipo de adesão dos moradores da Vila Aeroporto à ESF Verde da UBS São Bernardo.

4 - Objetivo Específico

Identificar os tipos de adesões forte, fraco, tênue, conflituaosa com o serviço de odontologia da ESF Verde da UBS.

5 - Hipótese

Se a comunidade adere aos programas oferecidos pela UBS ela terá melhor qualidade de vida.

6 - O Contexto - Centro de Saúde São Bernardo / BH

O Centro de Saúde São Bernardo está localizado na regional Norte de Belo Horizonte, possui três Equipes de Saúde da Família: Equipe Verde – MER (Muito Elevado Risco), Equipe Lilás - ER (Elevado Risco), Equipe Rosa – MDR (Médio Risco).

A população é de aproximadamente 11.000 habitantes, sendo 6.303 de MER e ER, de acordo com os dados oficiais (IBGE, 2000).

A Equipe de Saúde Bucal é composta por um cirurgião-dentista (CD) e uma auxiliar de saúde bucal (AS)B. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é composto por um (01) nutricionista, um (01) fonoaudióloga, um (01) assistente social, um (01) terapeuta ocupacional e um (01) educador físico.

A ESF Verde atende uma comunidade de favela e se responsabiliza por 2.760 pessoas, com as morbidades mais graves de saúde. A ESF Lilás situa-se no entorno da UBS, com 3.543 pessoas e apresenta morbidades crônico-degenerativas, com grande procura pelos serviços. A ESF Rosa é a mais populosa com 4.574 pessoas e, também, procura muito os serviços de saúde.

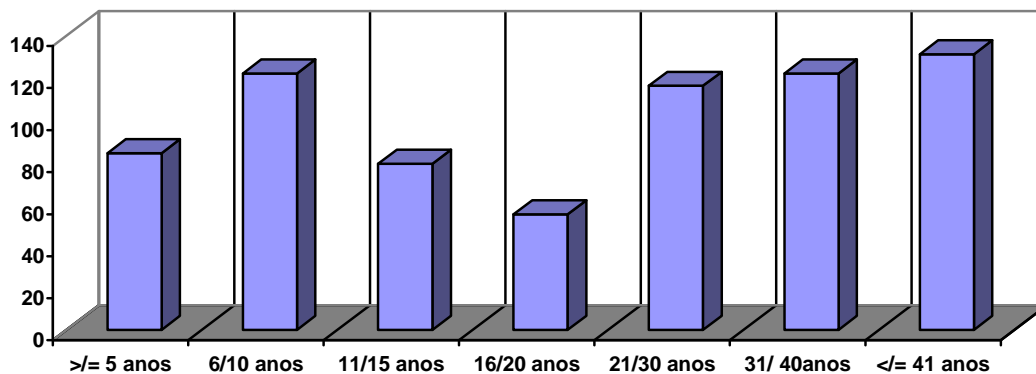
7 - Saúde Bucal da Comunidade Vinculada à ESF Verde

Para conhecer a comunidade e traçar um diagnóstico das condições de saúde bucal da população pertencente à Equipe Verde foi realizado, por faixa etária, o 1º Inquérito de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO), nos meses de agosto e setembro de 2006.

Logo em seguida iniciou-se o atendimento individual e coletivo desta equipe por ser de MER.

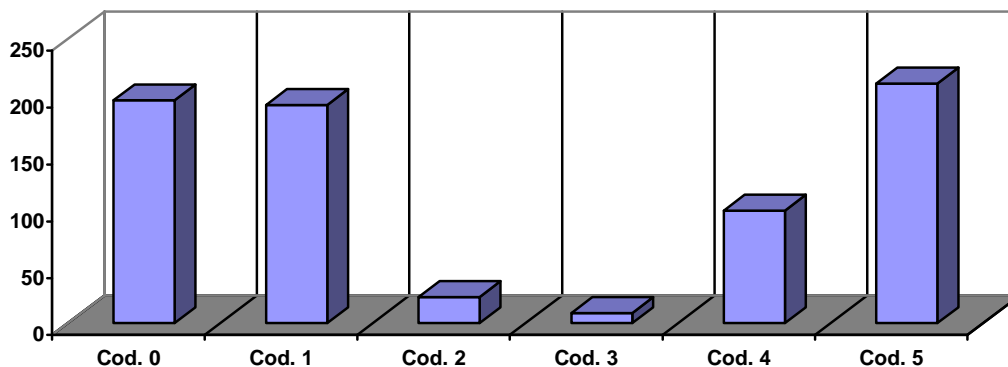
Nos gráficos 3 e 4, que se seguem, podemos observar o número, a idade e a classificação por códigos das pessoas que participaram do 1º INTO. Os adultos e as crianças foram as faixas etárias mais presentes no período de exame. Observa-se que a maioria das pessoas examinadas possuem códigos 0, 1 e 5 que representam, respectivamente, baixa necessidade de tratamento restaurador e elevada necessidade de tratamento periodontal.

Gráfico 3 – Comparecimento: Idades/ Pessoas



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 1 – 709 pessoas.

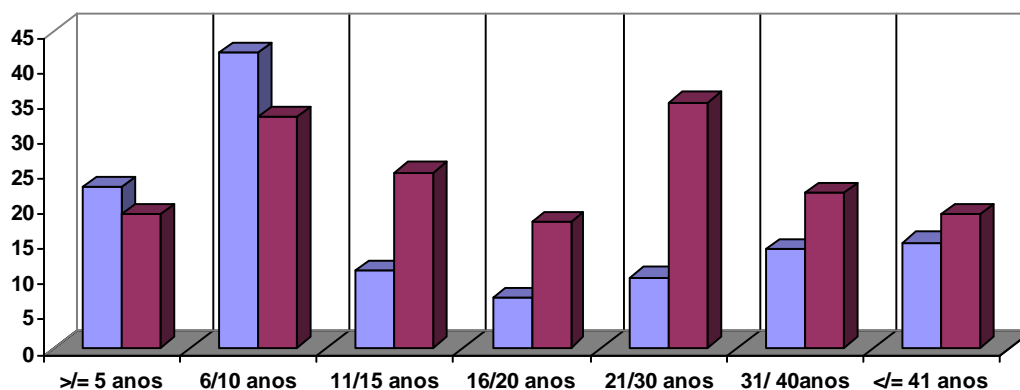
Gráfico 4 – Necessidades / Pessoas/ Códigos



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 1 – 730 necessidades

A partir do 2º INTO da Equipe Verde (gráficos 5 e 6, abaixo), em agosto de 2007, além de idade passamos a observar também o sexo das pessoas que compareceram, onde foi observado maior comparecimento de crianças até 10 anos e um maior acometimento em saúde bucal, cárie (código 1) e doença periodontal (código 5), representando elevada necessidade de tratamento restaurador em poucas pessoas e necessidade de tratamento periodontal em muitas pessoas. Observando ainda, que na faixa etária entre as crianças até 10 anos seja prevalente do sexo masculino, nota-se um comparecimento bem maior de pessoas do sexo feminino nas outras faixas etárias.

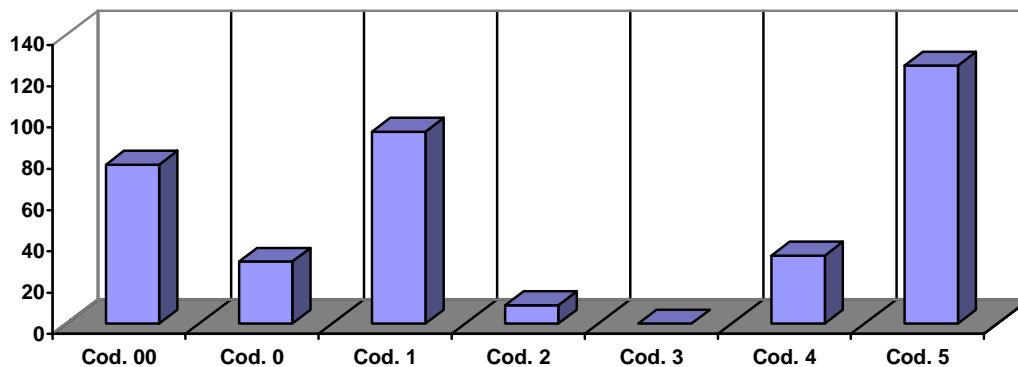
Gráfico 5 – Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 2 – 293 pessoas



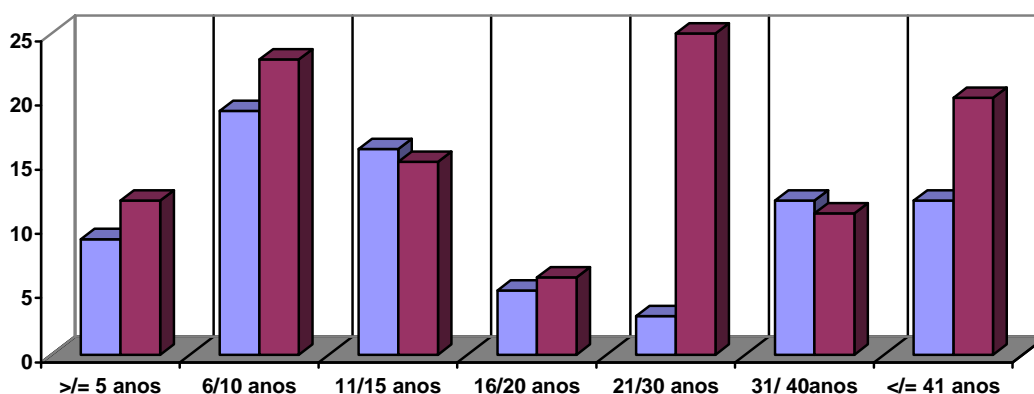
Gráfico 6 – Necessidades / Pessoas / Códigos



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 2 – 367 necessidades

Em julho de 2008 foi realizado o 3º INTO da Equipe Verde, gráficos 7 e 8, abaixo, que mostra o comparecimento elevado de crianças de 6 a 10 anos e adultos da faixa etária de 21 a 30 anos, com acometimento mais prevalente de doença periodontal (código 5). Percebe-se que a elevada necessidade de tratamento periodontal, permanece com mesmo indicador do INTO anterior, é duas vezes maior que a necessidade do tratamento de cárie, que diminuiu neste INTO. Nota-se ainda um maior comparecimento da população feminina em quase todas as faixas etárias.

Gráfico 7 – Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 3 – 188 pessoas

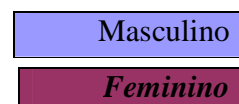
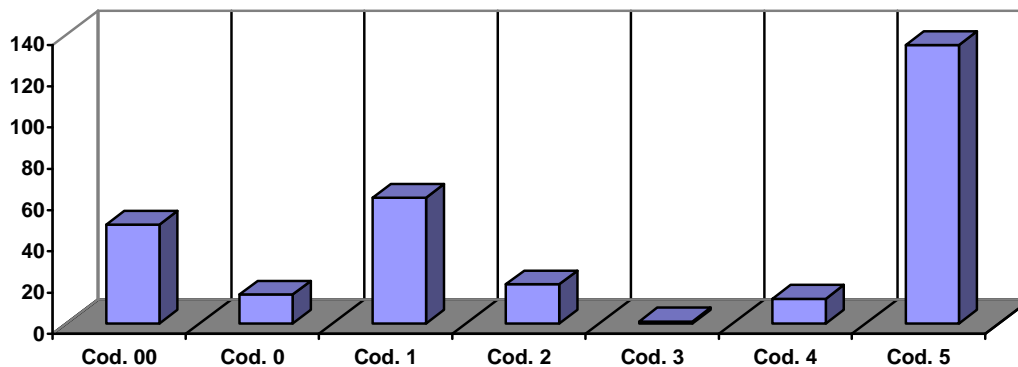


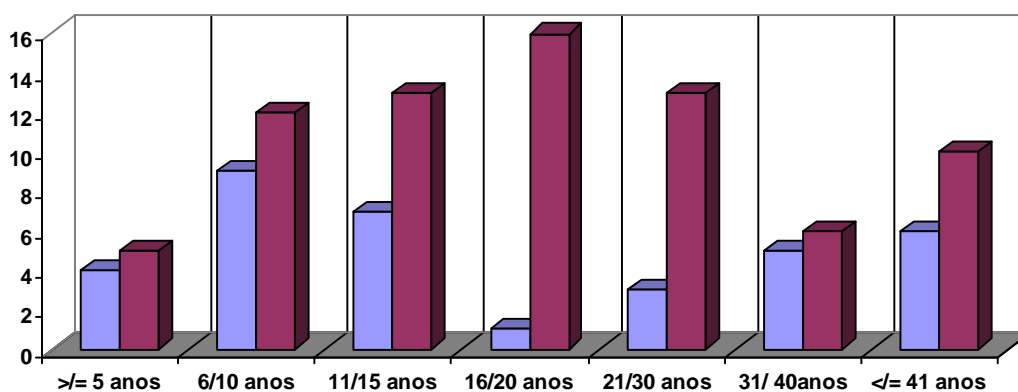
Gráfico 8 – Necessidades / Pessoas / Códigos



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 3 – 290 necessidades

Em fevereiro de 2009 foi realizado o 4º INTO da Equipe Verde, conforme gráficos 9 e 10, com comparecimento maior na faixa etária de 6 a 30 anos, sexo feminino, com acometimento elevado dos códigos 1 e 5, cárie e doença periodontal, respectivamente. Como no 2º INTO, observa-se elevada necessidade de tratamento restaurador em poucas pessoas e necessidade de tratamento periodontal em muitas pessoas.

Gráfico 9 – Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo

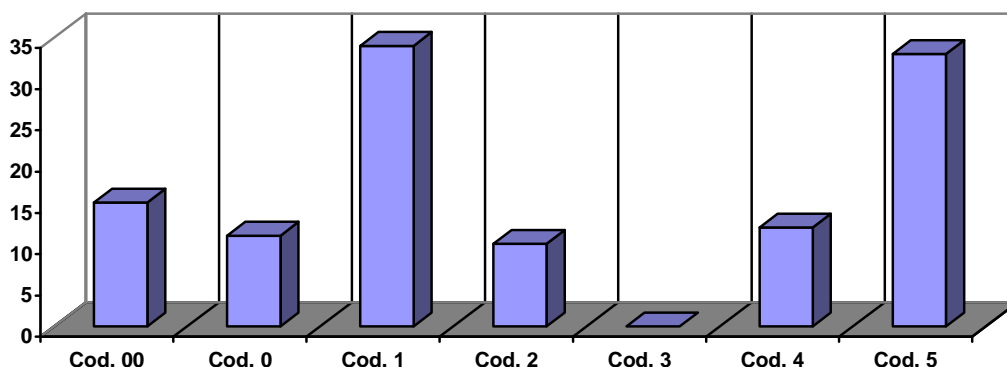


Fonte: UBS São Bernardo: INTO 4 – 110 pessoas

Masculino

Feminino

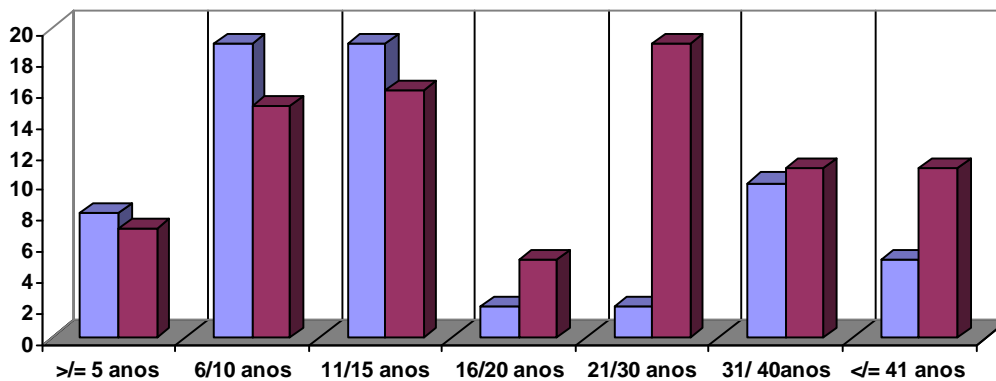
Gráfico 10 – Necessidades / Pessoas / Códigos



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 4 – 115 necessidades

Em julho e outubro de 2009 foi realizado o 5º INTO da Equipe Verde, gráficos 11 e 12. O comparecimento de crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos, ligeiramente maior do sexo masculino e consideravelmente mais elevado entre pessoas do sexo feminino, de 21 a 30 anos. O acometimento se repete, como nos INTO 2º e 4º, por tratamentos de cárie e periodontal conforme códigos 1 e 5, respectivamente.

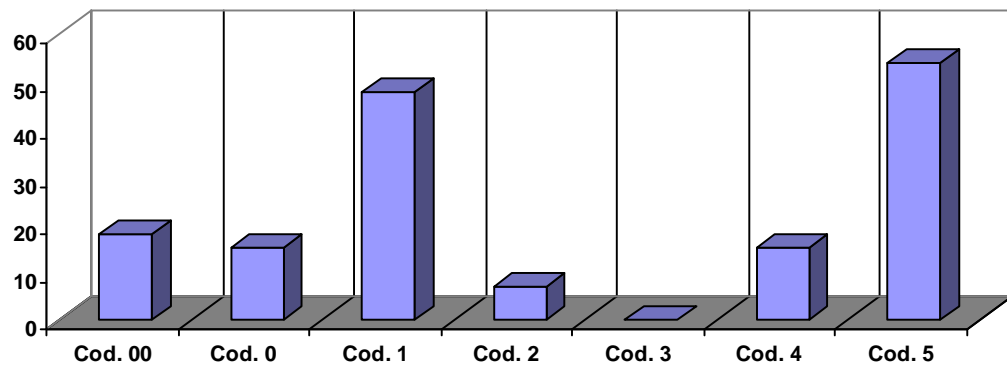
Gráfico 11 – Comparecimento: Idades/ Pessoas/ Sexo



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 5 – 132 pessoas



Gráfico 12 – Necessidades / Pessoas/ Códigos



Fonte: UBS São Bernardo: INTO 5 - 172 necessidades

Observa-se que a maior dificuldade de enfrentamento odontológico do C. S. São Benardo é a doença periodontal, devido principalmente à dificuldade dos usuários em realizar uma eficiente higienização bucal.

De acordo com os dados dos INTO realizados, percebe-se que o comparecimento diminuiu porque melhorou a cobertura por atendimento. A doença periodontal continua a mais prevalente, tanto a comum quanto a avançada. Essa melhoria da cobertura também se deve aos encaminhamentos de tratamento realizados para a FOUMG. A doença cárie evolui para prevalência do código 1 (até 3 dentes cariados) e diminuiu bastante o código 3 (acima de oito dentes cariados).

O comparecimento do sexo feminino também se mantém maior, principalmente acima dos 20 anos, devido à maioria das mulheres serem donas-de-casa ou terem atividades pontuais (diarista, manicuri, salgadeiras...), que possuem capacidade de se organizarem para comparecer aos INTO. Já os homens, na sua maioria, possuem atividade trabalhista formal. Isto podendo ser constatado por não haver um comparecimento diferenciado entre os sexos na faixa etária até os 15 anos.

8 – Materiais e Métodos

Este é um estudo qualitativo e os dados foram coletados através dos instrumentos – Ecomapa, grupo focal com líderes comunitários, observação dos ACS, profissionais e os dados do Centro de Saúde São Bernardo.

Utilizamos o Ecomapa, por ser ele um instrumento que qualquer um dos técnicos da equipe de saúde como o assistente social, enfermeira, médico, psicólogo poderiam aplicar, visto que é um instrumento de trabalho para a equipe.

O Ecomapa foi desenvolvido em 1975 e identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita, é uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, desenhando, poderíamos assim dizer, o seu «sistema ecológico», identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família. Ilustra, assim, três diferentes dimensões para cada ligação:

1. Força da ligação: fraca; tênue/incerta; forte;
2. Impacto da ligação: sem impacto; requerendo esforço/energia; fornecendo apoio / energia;
3. Qualidade da ligação: estressante ou não

O Ecomapa vai permitir resumir e representar muita informação importante sobre a família e o seu meio num formato gráfico fácil de ver e compreender por qualquer um dos intervenientes no processo; construir/melhorar a relação dos técnicos com a família, menor resistência dos elementos da família em partilhar com os técnicos dados informativos, ilustrar a natureza e o impacto das relações da família com o meio, permitindo verificar se são fonte de suporte ou não suporte; uma melhor compreensão das situações geradoras de *stress* e dos recursos disponíveis; uma consistente base de informação para planejar, com o envolvimento da família, as decisões de intervenção; observar o progresso e resultado das medidas de intervenção, quer sobre a família, quer sobre o meio (AGOSTINHO, 2007).

Áreas que devem ser incluídas no Ecomapa :

1. a vizinhança - área física onde a casa está instalada;
2. serviços da comunidade – profissionais de saúde, de saúde mental, tóxico dependência, violência doméstica, comissão de menores,

3. grupos sociais - igreja; grupos cívicos – comissão de pais, comissão de bairro; grupos de convívio – jogo de cartas, caminhadas,
4. educação;
5. relações pessoais significativas - amigos, vizinhos, família mais afastada;
6. trabalho;
7. outras - específicas da família e da área em que habita.

O Ecomapa foi aplicado em duas micro-áreas, 5 e 7, e como pode ser observado na micro-área 5 existe um número maior de equipamentos sociais que na micro-área 7.

A MA-5 possui um grau de urbanização maior como ruas asfaltadas, escolas, campo de futebol, praça e serviços essenciais prestados regularmente, assim agrega maior número de equipamentos sociais. A MA-7 não possui ruas urbanizadas, esgoto sanitário, água encanada ou outros serviços essenciais, por isso também não conta com equipamentos sociais relevantes como na MA-5.

Os grupos operativos que existem na UBS São Bernardo são construídos a partir da observação das necessidades de tratamento coletivo da comunidade pela equipe de saúde. As pessoas são agrupadas de acordo com as morbididades constatadas, como baixo peso, hipertensão, diabetes, má higiene bucal e cárie. Também são observados os casos de desequilíbrio emocional de pacientes em uso de medicação neuroléptica. As gestantes são agrupadas com o objetivo de orientações sobre promoção de saúde e nascimento saudável.

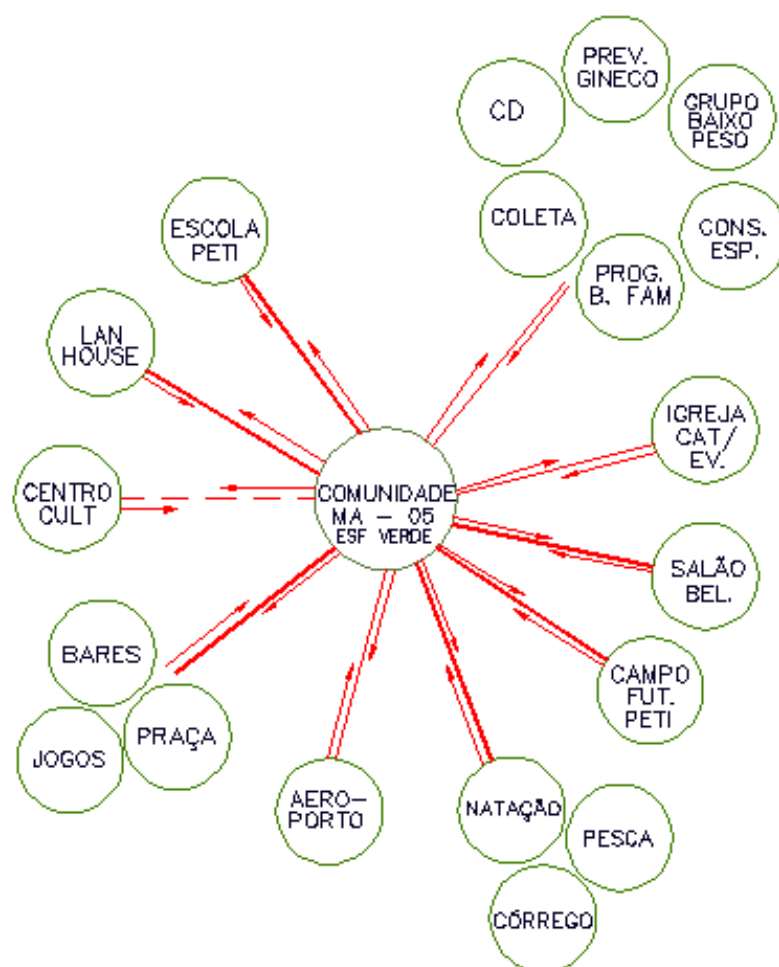
9 - Resultado do ecomapa com suas ilustrações

De acordo com as ilustrações dos ecomapas (abaixo) e as observações dos ACS, podemos constatar que com relação à natação e pesca no córrego é observada como relação forte (ver

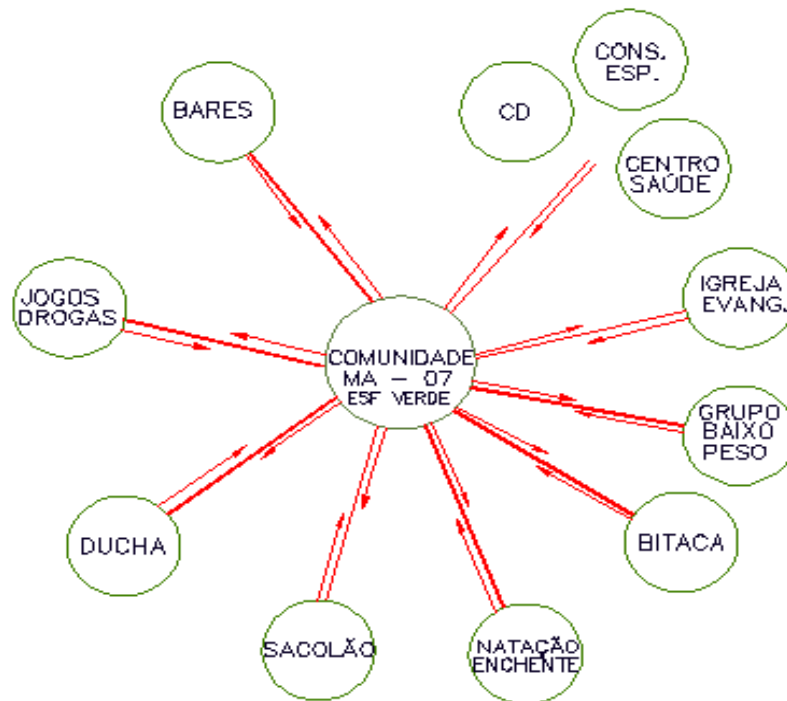
linhas com traço forte nas figuras), principalmente no período chuvoso. No cotidiano das pessoas também é considerada forte a adesão a bares, salões de beleza, bitaca e ducha, já que não há água encanada na maioria das moradias destas micro áreas. É grande o número de usuários de drogas, traficantes e etilistas. É também forte a relação com o Programa bolsa-família, PETI e campo de futebol e praça, aeroporto (usuários de drogas) e lan house.

A relação é fraca (ver linhas com traço fino, nas figuras) com os serviços de saúde, principalmente consultas especializadas e programas preventivos, embora seja uma relação forte com o grupo operativo de baixo peso (observar gráficos: “Absentéismo – ESF Verde – Atenção Básica). Também é fraca a relação com as igrejas e o sacolão, este devido a preferência por alimentos industrializados. A relação é tênue (ver linhas com traço pontilhado na figura MA-5) com o Centro Cultural do bairro.

A maior causa do absenteísmo às consultas especializadas se dá pela distância dos serviços de saúde do local de moradia das pessoas, porém também existe absenteísmo nas consultas agendadas na UBS. Este fato ocorre devido às iniquidades na vida das pessoas.



ECOMAPA ESF VERDE – MA 05 – ACS VIVANE – JANEIRO/2009



ECOMAPA ESF VERDE – MA 07 – ACS CRISTIANE – JANEIRO/2009



Foto 2 - Campo de futebol



Foto 3- Ribeirão Pampulha (córrego)



Foto 4- CCSB - Centro Cultural São Bernardo

10 - Grupo focal

Para validar e completar as informações obtidas com o Ecomapa e das entrevistas com ACS foi realizado ainda o grupo focal.

[...] Grupo focal é uma técnica qualitativa, não diretiva, cujo resultado visa o controle da discussão de um grupo de pessoas. Foi inspirada em técnicas de entrevista não-direcionada e técnicas grupais usadas na psiquiatria. Nesta técnica o mais importante é a interação que se estabelece entre os participantes. O facilitador da discussão deve estabelecer e facilitar a discussão e não realizar uma entrevista em grupo. [...]

(TANAKA, O. Y.; MELO, C., 2001, p. 72).

O grupo focal foi realizado com 11 pessoas no dia 23/04/09 no Centro Cultural São Bernardo. Participaram 06 pessoas da comunidade usuárias do Centro de Saúde, entre elas, Maria Aparecida Duarte (Presidente da Associação de Moradores do Bairro), convidadas pela ACS Viviane Nunes Ferreira. Também participaram as residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC), Tatiana Almeida Ferreira e Raquel Vaz Cardoso, o médico preceptor Fabiano Gonçalves Guimarães, como observadores. Como proposta foi apresentado o problema da adesão.

A primeira questão norteadora no grupo focal foi sobre o absentéismo “as pessoas desta equipe faltam muito às consultas subseqüentes e às atividades em grupo na UBS e às consultas especializadas nas Unidades de Referência Secundária”. Segundo os participantes do grupo focal, este fato acontece porque as consultas especializadas são realizadas distantes do local de moradia, demandando gastos com transporte para locomoção. As ausências às consultas subseqüentes e atividades em grupo devem-se à dificuldade de disponibilidade para o comparecimento e/ou a necessidade de se ter um acompanhante (criança pequena, idoso e usuários com necessidades especiais).

Como proposta, o grupo sugeriu que os Centros de Especialidades Médicas e Odontológicas ficassem localizados próximos à comunidade, não demandando gastos com deslocamento. Também foi proposto que as atividades em grupo sejam realizadas dentro da comunidade, facilitando o comparecimento. Em reunião do Conselho Local de Saúde foi encaminhada esta proposta e um conselheiro local (Sr. Januário), conseguiu uma parceria com o Grupo de Alcoólicos Anônimos, para nos ceder o espaço usado pelo grupo, que só acontece à noite.

10.1 Grupos de “Vida Saudável” - hipertensos e diabéticos da ESF VERDE

O grupo é constituído por usuários adultos e idosos. A ESF é classificada como MER e situa-se numa área distante da UBS e com uma barreira a ser transposta, a avenida Washington Luiz, que é uma ladeira íngreme e longa.

Segundo dados da Prefeitura de Belo Horizonte, Regional Norte, o bairro São Bernardo apresenta dados demográficos e epidemiológicos de grande relevância para a estruturação dos serviços públicos. Demonstram baixa estrutura social dessas famílias, que colaboram na pouca importância nos projetos de qualidade de vida dessas pessoas. A ocupação de grande parte deste bairro se deu por “invasão” e não por urbanização, assim os imóveis não podem ser negociados e os moradores não se sentem obrigados por ter responsabilidade pública.

1- CLASSIFICAÇÃO DOS IMÓVEIS

TIPO DE IMÓVEL (escolher só um para cada imóvel)	QUANTIDADE
RESIDÊNCIAS COM FAMÍLIAS	666
MORADIA VAZIA	09
CASAS EM CONSTRUÇÃO#	03
LOTE VAZIO	00
COMÉRCIO/FIRMA*	19
TOTAL DE IMÓVEIS	694

casa com obra e ainda não mora ninguém.

* cada número é um imóvel

1.1 CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO CADASTRO

QUANTO AO CADASTRO (escolher só um para cada imóvel)	QUANTIDADE
FAMÍLIAS CADASTRADAS	670
FAMÍLIAS COM RECUSA	01
FAMÍLIAS SEM CONTATO	76
EM ESPERA PARA CADASTRO	04

2- CLASSIFICAÇÃO QUANTO ÀS IDADES

QUANTO ÀS IDADES (escolher só um para cada pessoa)	QUANTIDADE
CRIANÇAS (< 12 anos)	650
ADOLESCENTES (> ou = 12 anos e < 19 anos)	571
ADULTOS (> ou = 19 anos e < 60 anos)	1474
IDOSOS (> ou = 60 anos)	186

2.1 CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GÊNERO

QUANTO AO GÊNERO	QUANTIDADE
MASCULINO	1215
FEMININO	1405

As atividades em grupo de promoção de saúde têm baixíssima adesão pelos usuários e de grande importância segundo os profissionais da Equipe. Assim, um líder comunitário conseguiu uma parceria com o grupo do AA, que só utilizam este espaço à noite. Os grupos acontecem todas as 4ª feiras à tarde.

São considerados hipertensos as pessoas com níveis pressóricos acima de 140 mmhg/90mmhg e diabéticos com glicemia capilar acima de 100/dl de glicose. No quadro abaixo observa-se o número de pessoas consideradas em situações especiais, dentre elas os hipertensos e diabéticos.

3 – SITUAÇÕES ESPECIAIS

SITUAÇÕES ESPECIAIS	QUANTIDADE
HIPERTENSOS	205
DIABÉTICOS	48
NECESSITA VISITA DOMICILIAR	09
MENORES DE 1 MÊS	02
MENORES DE 2 ANOS	82
GESTANTE	25
GESTANTE NOS ÚLTIMOS 3 MESES	20
PUERPÉRIO	19
PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA	09
DESNUTRIDOS*	37
ÓBITOS	02

OBS.: Se existir usuário em mais de uma dessas condições, incluí-lo em ambas. Estar em uma categoria não exclui a outra.

10.2 Grupos de crianças com baixo peso ou desnutridos da ESF Verde

Este grupo acontece no auditório da UBS. A ESF acredita que a adesão é forte porque são distribuídos leite em pó e óleo de soja para as crianças selecionadas. As crianças são pesadas

na balança pelas componentes da ESF e de acordo com o sexo e a idade e o peso e a altura, são classificadas pelo gráfico de Avaliação do Grau de Desnutrição. São classificadas em 4 grupos de acordo com a idade e o sexo. São 02 grupos de 0 a 36 meses, e 02 grupos de 03 a 12 anos, totalizando 37 ocorrências de crianças desnutridas.

11 - Projeto de Intervenção

11.1 - Problema

Existe uma diferença na adesão entre as equipes de saúde do Centro de Saúde São Bernardo.

11.2 - Metodologia

Foi realizado um estudo qualitativo através da aplicação dos seguintes instrumentos: ecomapa, grupo focal com líderes comunitários, observação dos ACS, profissionais e os dados do Centro de Saúde São Bernardo.

Em função dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e das observações dos profissionais da equipe foi possível observar que para melhorar a adesão das pessoas da equipe VERDE será necessário implementar ações junto à comunidade, ou seja nos locais que são reconhecidamente legitimados por essa comunidade.

As intervenções serão grupos de hipertensão e diabetes (Grupo de Vida Saudável), controle de placa (Grupo de Sorriso Saudável), baixo peso e gestantes (Grupo Nascimento Saudável).

A partir do que os grupos sabem é que vamos definir os temas a serem trabalhados.

No dia 14/10/2009 foi realizada a primeira reunião do “Grupo de Vida Saudável” com a MA-06, na Rua Henrique Tann, sede do A.A. (Alcoólicos Anônimos). Compareceram 35

pessoas e foi discutida a dinâmica do grupo. Serão trabalhados temas de promoção de saúde e aferição de níveis pressóricos (PA). Foram escolhidos em ordem de prioridade os seguintes temas:

Grupo de Vida Saudável

Atividades	Responsáveis			Acompanhamento avaliação
Alimentação Saudável	CD Médico Enfermeiro	ASB Auxiliar de enfermagem	ACS	45 dias
Interação Medicamentosa	Médico Enfermeiro CD	ASB Auxiliar de Enfermagem	ACS	45 dias
Higienização do Sono	Médico Enfermeiro CD	ASB Auxiliar de Enfermagem	ACS	45 dias
Definir nº. e tipo de participantes: diabéticos e hipertensos – 35 usuários, MA-06	CD Médico Enfermeiro	ASB Auxiliar enfermagem	ACS	45 dias

No encontro sobre Alimentação Saudável serão trabalhados alimentos saudáveis, mastigação, degustação e higienização bucal. Ainda na mastigação serão realizados exercícios de ginástica facial. No encontro sobre Interação Medicamentosa serão trabalhados os efeitos do uso de vários medicamentos simultaneamente e os respectivos efeitos colaterais sistêmicos e na cavidade bucal. Na atividade de Higienização do Sono serão trabalhados hábitos saudáveis como horários para dormir e despertar e práticas de meditação como facilitadoras destes hábitos.

Grupo de Nascimento Saudável

ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS			ACOMPANHAMENTO AVALIAÇÃO
- Direitos de assistir ao parto - Sinais de alerta - Partograma e Cesariana	CD Médico Enfermeiro NASF	ASB Auxiliar de enfermagem	ACS	45 dias
- Alimentação e suplementação alimentar - Higienização bucal da gestante e do recém-nascido	Médico Enfermeiro CD NASF	ASB Auxiliar de Enfermagem	ACS	45 dias
- Métodos contraceptivos -Atividade Sexual	Médico Enfermeiro CD	ASB Auxiliar de Enfermagem	ACS	45 dias
Definir nº/tipo de participantes: Gestantes - 04 usuárias	CD Médico Enfermeiro	ASB Auxiliar de enfermagem	ACS	45 dias

No 1º encontro a Assistente Social do NASF explicará os direitos de assistir o parto e a residente em Medicina de Família e Comunidade trabalhará sinais de alerta, partograma e cesariana. No 2º encontro a Nutricionista do NASF orientará sobre a alimentação saudável, amamentação e suplementação alimentar. Orientaremos também sobre higienização da gestante e do recém-nascido. O 3º encontro enfocará a atividade sexual durante a gravidez e pós-parto, bem como métodos contraceptivos.

12 - Conclusão

A adesão aos procedimentos coletivos aumentou consideravelmente em comparecimento e participação por estarem sendo realizados na sede dos Alcoólicos Anônimos, próximos dos domicílios das pessoas, onde é melhor a descontração e participação. Acreditamos que possamos efetivar uma melhor participação e melhoria em qualidade de vida desta comunidade.

Além disso, será implementado o “Projeto Vila Viva”, previsto para Março/2010, com financiamento do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento – Governo Federal), onde o local será transformado em parque ecológico e as atuais moradias em conjuntos habitacionais (apartamentos e casas geminadas). Esperamos ser uma melhoria considerável nesta situação.

13 - Referências

AGOSTINHO, Manuela. Dossier 5: Ecomapa; Rev. Port. Clin. Geral; 2007; vol 23: p. 327-330.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO. IBGE, 2000

JANDREY, Circe Maria. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário do Centro de Pesquisas em Odontologia Social – UFRGS; Porto Alegre; s.n; 1999. 135 p. ilus.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília: Cadernos de Atenção Básica e Saúde Bucal nº 14 -17, 2006, p. 6-11 e p. 21-26.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br/downloads/aps_psf.ppt>. Acesso em: 19 mai. 2009.

Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2009.

Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/biblioteca>>. Acesso em: 17 jun. 2009.

Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 23 jun. 2009.

ANEXO 1

Atribuições básicas de uma ESF

- . Conhecer a realidade das famílias, com ênfase nas características sócio-econômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas
- . Identificar problemas de saúde mais comuns e situações de risco
- . Elaborar, junto com a comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam a saúde em risco
- . Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de VE, controlando as doenças
- . Prestar assistência integral, promovendo saúde através da educação sanitária
- . Resolver a maior parte dos problemas de saúde, quando não for possível garantir a continuidade do tratamento, através da referência
- . Promover ações intersetoriais
- . Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente se torne mais saudável
- . Discutir de forma permanente conceitos de cidadania, direitos de saúde
- . Incentivar a participação nos Conselhos Locais de Saúde e no CMS.
- . Organização da demanda – através da identificação de problemas, abordagem coletiva, monitoramento das doenças crônicas, assistência domiciliar

- . Trabalho em equipe
- . Atenção domiciliar – a visita domiciliar é realizada pelo ACS que garante o vínculo família-ESF
- . Trabalho com grupos – através dos ciclos vitais, grupos mais vulneráveis (crianças, gestantes, idosos...)
- . Educação permanente – preferencialmente em serviço, de forma supervisionada, contínua e eficaz.
- . Necessidade de mudanças no processo de produção de serviços diante das novas demandas e necessidades da população, em áreas marcadas pela violência urbana
- . Necessidade de caracterizar o PSF não como uma política focalizada para a pobreza, mas como uma estratégia para consolidação dos princípios de um SUS verdadeiramente universal

Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br/downloads/aps_psf.ppt>. Acesso em 22 mai. 2009.

ANEXO 2

Cem anos pensando na pobreza urbana no Brasil

Nas décadas de 70 e 80, após um pequeno período de apogeu, o modelo de desenvolvimento entra em crise, ocorrendo uma progressiva expansão da chamada economia informal, que se desenvolve paralelamente a um processo de concentração de renda e de propagação da pobreza, sobretudo nas regiões metropolitanas.

Virada do século	trabalhadores	Vadios	Classes perigosas	Cortiço
Década de 50-60	Pop. marginal	Subemprego	Pop.baixa renda	Favela
Década de 70-80	Setor informal	Estratégias de Sobrevivência	Moradores Trabalhadores Pobres	Bandidos Periferia

Temor das Classes Perigosas

O que os médicos haviam diagnosticado como o foco das epidemias era também, e sobretudo aos olhos da elite política nacional, “ o berço do viço e do crime” pois era aí que residia e se concentrava o que se chamava de “ classes perigosas”. Leitura esta que mais uma vez aproximava a maneira de pensar das classes dominantes brasileiras daquela da Inglaterra vitoriana, onde era consensual a idéia de que “ pauperismo, sujeira, congestionamento e crime estavam todos intimamente ligados, sendo o cortiço (em inglês, slum) o berço principal dos criminosos e desordeiros (Chesney, 1979:99).

A construção ideológica da Oposição Trabalhador x Vadio

Este verdadeiro exército de homens, mulheres e crianças, sobrevivendo na maioria dos casos à base de ganhos irregulares, era visto não como um contingente humano produtivo mais sim como um “resíduo”. Aos olhos das elites, eles integravam o mundo do Não-Trabalho.

O pobre era aquele que não se transformava em trabalhador. Aquele que permanecia fora do mercado de trabalho formal, apenas sobrevivendo. Aquele que ficava fora do controle da nova ordem instituída, não tendo se deixado convencer pelo pressuposto da positividade do trabalho. Enfim, aquele que recusava o assalariamento.

Fábrica	Mundo do Trabalho	Mundo da ordem	Emigrante branco
Rua	Mundo do Não-trabalho	Mundo da desordem	Liberto
Cortiço			Negro/ mestiço

Os principais centros urbanos do país (São Paulo e Rio de Janeiro, agora seguidos de Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza, Curitiba), experimentaram um processo de “inchação”,

integrando um quadro que a literatura dos anos 60 denominou de superurbanização ou “urbanização sociopática” (Pereira, 1965).

Do Cortiço à Favela: da Noção de Vadiagem à Noção de Subemprego

Profissão, não tinha, patrão só tinha de vez em quando, optando na maioria das vezes por fazer pequenos “bicos”, pequenas tarefas para fregueses ocasionais. Em primeiro lugar, latiniza-se a idéia de que a pobreza é de responsabilidade individual, sendo pobres aqueles cujas fraquezas morais não haviam ainda respondido ao “chamado do trabalho”.

Reconhece-se que são determinantes externos ao indivíduo que o conduzem à situação da pobreza, cabendo muito mais à sociedade que a ele mesmo a responsabilidade por uma condição da qual ele dificilmente consegue escapar.

A partir desta concepção, os pobres deixam de ser ociosos ou vadios, passando a serem compreendidos enquanto massa dos excluídos, dos marginalizados, colocados na periferia do sistema econômico com o direito de participação restrito, quando muito, à situação do subemprego. A marginalidade tem sua expressão máxima na favela, relegada pelos poderes públicos nos anos 50 e 60 e vista como síntese mesma da não-integração de amplos segmentos da sociedade urbana. O termo “favelado” passa a ser sinônimo de “pobre” e o espaço-favela ganha atributos muito semelhantes àqueles associados, décadas antes, ao cortiço: área insalubre constituída de habitações precárias, verdadeiro câncer necessitando ser extirpado do tecido urbano.

Da favela à Periferia: Os “Moradores”, Novos atores Sociais

A visão dualista do mercado de trabalho se rompe (Oliveira, 1975), sendo substituída pela abordagem do chamado “setor informal”. Continua-se a reconhecer a existência de dois

setores, agora batizados de “formal” e “informal” (em lugar de “moderno” e “tradicional”) mas se insiste na complementariedade, articulação e até mesmo concorrência entre setores. Definido como um mercado de fácil entrada (á medida que não exige qualificação nem grande capital) o setor informal abrange um sem número de atividades que vão desde estratégias de sobrevivência até atividades lucrativas e especializadas que buscam na informalidade uma forma de burlar o fisco e fugir de qualquer controle estatal.

Nasce uma nova oposição: Trabalhadores Pobres x Bandidos

Todos tipos de inserção no mercado de trabalho são considerados de alguma maneira como uma forma de trabalho. A experiência de trabalho é que é diferenciada entre os indivíduos. A família pobre, trabalhadora, se viu cada vez mais obrigada a apelar para as chamadas “estratégias de sobrevivência” dentre as quais o trabalho de crianças e jovens na rua, configurando o quadro fatídico do menor de rua.

Observe-se, no entanto, que “trabalhadores pobres” logo encontrou seu oposto – a categoria “bandido” – de uso corrente na linguagem popular e incorporada enquanto categoria social pela academia (Zaluar,1985). O bandido que já foi trabalhador, não apenas recusa o trabalho por considerar que o mesmo não remunera, como considera o trabalhador um “otário”, que labora cada vez mais para ganhar cada vez menos. Ainda, segundo Zaluar, o bandido ao se opor ao trabalho estaria de certa forma associando o trabalho à escravidão, associação esta que se acreditava superada, decorridos 100 anos da Abolição...

Disponível em: <<http://filosofoabstrato.blogspot.com>> .Acesso em 28 mai.2009.

ANEXO 3

Trabalho como prática espiritual

Para Robson Santarém, consultor carioca, o trabalho cotidiano já se transformou numa grande chance de exercitar sua espiritualidade. Generosidade, gratidão, perdão, atenção, ética e gentileza irão conviver com ambição, raiva, inveja, desânimo, pressão psicológica e desgastes emocionais. Essa química será testada a cada dia, em cada discussão, com chefes ou colegas de trabalho, em cada serviço recusado, em cada disputa por espaço profissional. Ganhos e perdas vão se alternar nesse embate. Mas, Robson sempre tem a esperança de que valores espirituais possam prevalecer nessa dinâmica. Para ele, Robson, a influência da espiritualidade está dando origem a uma nova postura, mais ética e humana, nas relações profissionais.

Hoje uma pessoa vive cerca de 50% a 60% da sua vida dentro de uma empresa. Convive mais tempo com seus colegas do que com sua família. Por isso, é normal que transmita seus valores espirituais no local de trabalho: é o lugar onde talvez fique mais tempo. Segundo Jayme Osi, consultor de empresas paulista, a espiritualidade na vida profissional não é vivida apenas com meditações e orações. É o cotidiano mesmo.

A revolucionária tese de Dana Zohar, exposta no livro *QS – Inteligência Espiritual*, (Ed. Record), indica essa vontade de integrar um sentimento mais rico e profundo ao trabalho ligada à “inteligência espiritual”, segundo ela, as pessoas com alto quociente espiritual, são idealistas e espontâneos, com capacidade de encarar e utilizar as dificuldades e conseguem ver uma situação num contexto mais amplo, perguntam sempre o porque das coisas. Além disso, admiram a diversidade da vida e gostam de aprofundar o autoconhecimento. E mais do que tudo sentem compaixão pelo próximo. Todas essas qualidades nos impulsionam em direção aos nossos ideais mais elevados. Estão relacionados à necessidade humana de ter um propósito mais profundo na vida. Na medida que procuramos integrar esses valores espirituais ao trabalho, aumentamos consideravelmente nossa inteligência espiritual. E nos tornamos mais humanos e solidários.

Há uma razão para isso. Se ela estiver certa, o aperfeiçoamento espiritual deixará de ser um longínquo sonho para se tornar o principal agente motivador dos profissionais que farão parte do futuro mercado de trabalho.

O Sagrado

O mundo não é para nós, nós é que somos para o mundo. Não somos fim, somos um meio. Toda vez que tentamos ficar no centro, fazer uso das coisas apenas para satisfazer o nosso ego, saímos da frequência do sagrado.

Somos especiais e imprescindíveis quando somos parte de um projeto maior e que não é o mesmo projeto de minas fantasias. O amor está para o sagrado assim como o fetiche está para o segredo.

A pergunta existencial não é “quem sou eu?”. Essa pergunta terá como resposta inevitável “ninguém” ou “nada”. Quem é imprescindível num mundo de 7 bilhões de pessoas, rapidamente se multiplicando? Quem é algo em meio ao Universo colossal que nossos telescópios registram? A grande pergunta é “onde eu estou?” ou “qual o lugar que tenho nesse projeto tão fantástico da vida e do universo?” Ela não nos volta apenas para dentro, mas para o lado e para cima e para baixo. Ela quer nos colocar no mundo e não fazer o mundo convergir para mim ou para o meu desejo.

O resgate de nossa nobreza não está em que o Universo serve a mim, mas que eu sirvo a ele. Quero saber o que querem de mim. Essa é a minha pergunta. O grande segredo não é como chegar a meu sonho de consumo, mas como me permitir ser consumido, utilizado pela vida.

Envelhecer com sabedoria, por exemplo. Ao invés da morte ficar como uma tragédia final, ela pode ser encarada como algo que faz parte do projeto que é viver. Não temos que chegar a lugar algum. Aliás esse lugar é a morte. Tudo que é prazeroso não é para mim, mas para fazer uso de mim.

Busque conexão. Conexão com gente e com estudos. Com gente para ser parte de uma comunidade dessa geração e da comunidade das ancestralidades e descendências. Conexão com o estudo sem fins de lucro ou ganho pessoal. Assim encontrará o tal do sagrado, encravado em nossa alma.

Disponível em: <<http://bonsfluidos.abril.com.br/livre/edicoes/0108/05/05.shtml>>. Acesso em 16. Jun. 2009.

ANEXO 4

Estilo de vida saudável pode diminuir o risco de doença periodontal

Comportamentos combinados de estilo de vida que incluem exercícios e manutenção de dieta e peso saudáveis podem diminuir a prevalência de periodontite, segundo um artigo da edição de setembro de 2006 do "The Journal of Evidence-Based Dental Practice".

Os autores do estudo recomendam que os profissionais da odontologia estimulem esses comportamentos de estilo de vida saudável entre seus pacientes.

Isso é novidade porque, enquanto outros estudos mostram associações entre doença periodontal e atividade física, manutenção do peso normal e dieta saudável, esse relato combina os três fatores em um único sistema de pontuação que varia de 0 a 3 de acordo com o número desses comportamentos de promoção da saúde que são praticados. Os autores verificaram que parece haver benefícios incrementais associados com a prática de cada um desses três comportamentos saudáveis.

A doença periodontal é uma infecção dos tecidos que envolvem e sustentam os dentes. Embora seja uma das causas principais de perda dentária em adultos, muitas pessoas não sabem que são portadoras dessa doença porque ela é geralmente indolor.

A doença é causada pela placa bacteriana, uma camada pegajosa de bactérias que se forma constantemente sobre os dentes. Essas bactérias criam toxinas que podem prejudicar as

gengivas. Inicialmente, as gengivas podem ficar vermelhas, inchadas e sangrar facilmente. Nesse estágio, a doença é reversível e, em geral, pode ser eliminada por escovação e uso do fio dental diariamente. Nos estágios mais avançados, chamados de periodontite, as gengivas e o osso de suporte dos dentes podem ser seriamente comprometidos. Os dentes ficam "moles", caem ou precisam ser extraídos pelo dentista.

A American Dental Association recomenda às pessoas que perceberem qualquer um dos seguintes sinais de doença periodontal que consultem o dentista:

- gengivas que sangram ao escovar os dentes;
- gengivas vermelhas, inchadas ou sensíveis;
- gengivas que se afastaram dos dentes;
- mau hálito que não desaparece;
- pus entre os dentes e as gengivas;
- dentes "moles";
- alteração na maneira como os dentes se encaixam na mordida;
- alteração na adaptação de próteses parciais.

Disponível em: <<http://www.colgate.com.br/app/Colgate/BR>>. Acesso em 18. Jun. 2009.

ANEXO 5

Infecções

Pouca gente sabe, mas um problema relativamente comum, a **endocardite bacteriana** – infecção nas válvulas do coração –, pode ser causado por problemas periodontais. Neste caso, as bactérias presentes na boca podem entrar na corrente sanguínea, elevando o risco para quem já possui algum tipo de lesão cardíaca. Pessoas com inflamações na gengiva ou no periodonto (estrutura que sustenta o dente) são duas vezes mais suscetíveis a sofrer doenças cardíacas do que aquelas com gengivas saudáveis. As infecções na cavidade bucal também podem causar artrite e problemas musculares. Alguns casos de câncer têm as primeiras manifestações no meio bucal, e tratamentos como quimioterapia e radioterapia afetam diretamente as gengivas e os dentes. Por isso, o check-up

que se faz para prevenir doenças deve incluir também uma ida ao dentista. O tratamento odontológico atual é mais abrangente, envolvendo a melhora funcional, estética e emocional do paciente e proporcionando mais qualidade de vida. Mesmo quem não tem nenhum problema visível na boca deve consultar um profissional a cada seis meses.

Disponível em: <<http://www.mbsseguros.com.br/noticias.php>>. Acesso em 13. Jun. 2009.

ANEXO 6

A Saúde bucal pede atenção

A manutenção da saúde bucal é importante tanto pelo paciente quanto pelo profissional

A freqüente e cuidadosa escovação dos dentes e uso de fio dental ajuda a prevenir o acúmulo de placa e tártaro, os quais podem ocasionar cáries, gengivite, periodontite e outros problemas na boca, além de prevenir o mau-hálito (halitose).

A Higiene Bucal é necessária para todas as pessoas manterem a saúde de seus dentes e boca e consiste de cuidados tanto pessoais quanto profissionais. A limpeza regular dos dentes por um dentista é importante para remover a placa que pode se desenvolver até mesmo com a cuidadosa escovação e uso de fio dental, especialmente nas áreas que são difíceis para o paciente alcançar sozinho em casa. Sendo importante ressaltar que o controle periódico do dentista faz com que você esteja sempre atento ao que está acontecendo com a sua boca e com isso mantém a sua saúde bucal que é muito importante inclusive para a sua saúde geral, visto que atualmente já temos comprovações da relação da boca com o corpo todo, como uma ligação, onde a saúde de um depende da saúde do outro, sem falar da estética e da tranquillidade no convívio social.

Um sorriso bonito não depende apenas de belos dentes, mas também de uma gengiva saudável.

Disponível em: <<http://www.reabilitacaooral.com.br>>. Acesso em 27.jun.2009

