

FERNANDA CARNEIRO DE BASTOS SOUTO

**SAÚDE BUCAL DO ADULTO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO MINEIRO: uma proposta de intervenção**

PATOS DE MINAS/MINAS GERAIS

2011

FERNANDA CARNEIRO DE BASTOS SOUTO

**SAÚDE BUCAL DO ADULTO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO MINEIRO: uma proposta de intervenção**

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

Orientadora: Viviane Elisângela Gomes

PATOS DE MINAS/MINAS GERAIS

2011

FERNANDA CARNEIRO DE BASTOS SOUTO

**SAÚDE BUCAL DO ADULTO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO MINEIRO: uma proposta de intervenção**

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

Orientadora: Viviane Elisângela Gomes

Banca Examinadora

Profª Mara Vasconcelos

Profª Viviane Elisângela Gomes

Aprovada em Uberaba em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a meus pais, Elza e Rui, pelo incentivo de uma vida inteira.

Dedico à minha filha Marina, razão do meu viver, e a meu marido Carlos Eduardo pelo estímulo e torcida pelo meu sucesso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por dar-me saúde e força na construção deste trabalho.

Agradeço a minhas tutoras Fabiana e Cibele, do Curso de Especialização e, em especial minha orientadora Dra. Viviane Gomes, pela paciência e gentileza em meus momentos de dificuldade na elaboração do trabalho.

Agradeço a todos os colegas da Equipe Azaléia de Saúde da Família pela contribuição com as informações.

Agradeço, ainda, a todos os meus familiares pelo apoio de sempre.

## **Resumo**

A atenção em saúde bucal no Brasil tem um histórico de negligenciar os adultos ao longo dos anos, gerando resultados negativos para os níveis de saúde bucal dessa faixa etária nos dois Levantamentos de Saúde Bucal realizados no país em 2003 e 2010. O mesmo ocorre com a população adulta pertencente à área de abrangência da Equipe de Saúde Bucal da Equipe Azaléia de Saúde da Família em Patos de Minas. O objetivo deste trabalho é elaborar uma proposta de intervenção para inclusão dos adultos não pertencentes aos grupos prioritários nas ações de prevenção e promoção de saúde bucal dessa Equipe de Saúde Bucal. A metodologia utilizada foi buscar na literatura publicações com informações e experiências de sucesso de outros municípios que contribuíssem com a elaboração da proposta de intervenção. Foram consultados também acervos da biblioteca do Ministério da Saúde e a Linha-Guia de Atenção à Saúde Bucal de Minas Gerais. A proposta de intervenção é constituída de criação de vínculo com a população, trabalho de educação em saúde através de reuniões de grupos de adultos e atenção domiciliar, atendimento clínico e referência para atenção secundária. Concluiu-se que o sucesso da proposta de intervenção será obtido através da persistência de todos os membros da Equipe, buscando a motivação contínua de seus adultos para a efetiva adesão ao trabalho de educação, gerando a mudança de hábitos e estimulando o autocuidado, benéficos para toda a família.

Descritores: Saúde bucal; Adulto; Planejamento em Saúde

## **Abstract**

The oral health care in Brazil has a history of neglecting adults over the years, generating negative results for the levels of oral health in this age group in both Dental Health Surveys conducted in Brazil in 2003 and 2010. The same is true of the adult population belongs to the area of the Oral Health Team Azalea Family Health in Patos de Minas. The objective of this work is to develop an intervention proposal for inclusion of adults outside the priority groups in prevention and oral health promotion of Oral Health Team. The methodology used in literature for publications with information and successful experiences of other municipalities that contribute to the preparation of the proposed intervention. We also consulted the collections of the library and the Ministry of Health-Line Guide to Oral Health Care of Minas Gerais. The proposed action consists of bonding with people, work in health education through group meetings and adult home care, medical care and referrals for secondary care. It was concluded that the success of the proposed intervention will be achieved through the persistence of all members of the team, seeking continuous motivation of adults to their adherence to the effective work of education, leading to changing lifestyle and encouraging self-care, beneficial the whole family.

Key words: Oral health; Adult; Health Planning

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Agentes Comunitários de Saúde – ACS

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

Cirurgiã-dentista – CD

Equipe de Saúde Bucal – ESB

Equipe de Saúde da Família – ESF

Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados – CPO-D

Índice de Desenvolvimento Familiar – IDF

Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS

Organização Mundial de Saúde – OMS

Projeto SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010

SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil 2003

Scientific Electronic Library Online – SCIELO

Sistema Único de Saúde – SUS

Unidade Básica de Saúde – UBS

Unidade de Pronto Atendimento – UPA

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO, RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25



## 1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil tem um histórico de desvalorização da atenção odontológica (ELY et al, 2006).

Uma mudança importante ocorreu em 2004, quando foi criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Bucal, que reforçou a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF), implementou a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e organizou um sistema nacional de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público dos municípios (BRASIL, 2004).

Também em 2004, no mês de agosto, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Bucal como resultado da deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que entendeu a necessidade de criar a oportunidade de participação de toda a população brasileira na análise e formulação da Política Nacional de Saúde Bucal e da criação de um Plano Nacional de Saúde que refletisse os reais anseios da população sobre suas condições de vida com saúde, com a inserção da saúde bucal como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde do Governo Federal (BRASIL, 2005). A III Conferência Nacional de Saúde Bucal priorizava o acesso e qualidade em saúde bucal, eliminando a exclusão social (BRASIL, 2004).

De acordo com os resultados do levantamento SB Brasil 2003 (SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira) divulgados em 2004, a situação da saúde bucal brasileira não é satisfatória. As metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 foram atingidas apenas na idade de 12 anos e, em parte isso ocorreu devido às crianças das regiões Sul e Sudeste. Na idade adulta, os níveis estão aquém das metas (BRASIL, 2004).

O mesmo ocorre com a população adulta da área de abrangência da Equipe Azaléia de Saúde da Família do Município de Patos de Minas, que foi excluída da atenção em saúde bucal até o momento que se implantou a Equipe de Saúde Bucal, em 2006.

Antes dessa implantação, os consultórios odontológicos do município eram montados no interior de escolas e o atendimento oferecido apenas aos alunos dessas escolas seguindo o Sistema Incremental de Atenção ao Escolar criado na década de 50. Nas escolas, também eram realizados os bochechos semanais com flúor pelos estudantes. Os adultos que necessitavam de atendimento odontológico tinham que se dirigir à Secretaria Municipal de

Saúde, fazer uma inscrição deixando seus dados pessoais e aguardar o período de férias escolares para serem chamados nas escolas mais próximas de suas residências para receberem o devido tratamento. Como o período de férias escolares era curto e, às vezes coincidia com férias dos cirurgiões-dentistas, não se conseguia oferecer atenção em curto prazo a esses adultos, gerando uma enorme demanda reprimida. E, quando conseguiam uma vaga para atendimento, depois de longa espera, geralmente o estado de saúde bucal se encontrava em péssimas condições, resultando em tratamentos mutiladores. Os casos de urgências procuravam diretamente os consultórios das escolas, eram “encaixados” nas agendas e também recebiam tratamentos mutiladores (geralmente exodontias), pois não havia no município Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atender a essas urgências.

A ESB iniciou seu trabalho atendendo, a princípio, os usuários pertencentes aos grupos considerados prioritários: crianças de 0 a 5 anos, gestantes, diabéticos e portadores de necessidades especiais. Porém, o anseio da população adulta não pertencente a esses grupos por tratamento odontológico foi enorme. Pois, esses usuários viram na ESB a chance que nunca tiveram ao longo dos anos.

Durante o trabalho de Diagnóstico Situacional da área de abrangência, o resultado dessa exclusão foi claramente percebido, pois as doenças bucais em adultos, principalmente a cárie dentária e a doença periodontal foram classificados como parte dos principais problemas da população dessa área.

Assim, a ESB sentiu a necessidade de organizar seu trabalho para conseguir oferecer atenção preventiva e curativa aos grupos prioritários e também aos adultos de sua população, para que haja redução da prevalência de suas doenças bucais, principalmente cárie e doença periodontal.

## **2 OBJETIVO**

O presente trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção que inclua os adultos não pertencentes aos grupos prioritários nas ações de prevenção e promoção de saúde bucal da Equipe de Saúde Bucal da Equipe Azaléia de Saúde da Família do Município de Patos de Minas, MG.

### 3 METODOLOGIA

O município de Patos de Minas está localizado na região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais e conta com uma população de 138.836 habitantes (IBGE, 2010).

Considerada a maior cidade do Alto Paranaíba, região composta por 10 municípios, suas principais atividades econômicas são a pecuária e a agricultura. O município encontra-se entre as 20 maiores cidades do Estado de Minas Gerais em arrecadação geral de tributos, a 16ª cidade em população e ocupa 3º lugar no ranking mineiro de municípios com melhor Índice de Desenvolvimento Familiar (IDF) e um dos melhores do Brasil. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,813, considerado elevado (WIKIPÉDIA, 2011).

Para realizar o presente estudo, foram selecionados artigos e textos publicados entre 2001 e 2011, na língua portuguesa. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) e selecionadas publicações das bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), no período de janeiro a junho de 2010. Foram usadas as palavras-chave: “saúde bucal- adultos”.

Além das bases de dados acima citadas, foram consultados acervos da biblioteca do Ministério da Saúde, a Linha-Guia de Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais, os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG e outras fontes oficiais em busca de informações importantes para a reorganização da atenção odontológica na Estratégia Saúde da Família.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO, RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PARA ADULTOS**

Historicamente, a população adulta brasileira recebia atenção odontológica sob a forma de atendimentos de urgências, na maioria das vezes ocasionados por dor que geralmente levavam à perda dentária, que poderia ser evitada se não houvesse a exclusão sistemática dessa faixa etária (BARBATO *et al*, 2007).

É muito importante a inserção dos adultos nos programas de saúde bucal e atividades educativas, pois, além de interagir como pacientes, agem como multiplicadores, influenciando as suas famílias de forma positiva (FERREIRA *et al*, 2004).

A família é a base para o desenvolvimento social, psicológico e emocional da criança e participa da formação de sua personalidade. É onde se oferecem os cuidados básicos com o corpo, fundamentais para a promoção e manutenção da saúde de suas crianças. Geralmente, a mãe é responsável por essas questões de saúde, fazendo o papel de formadora de saberes e hábitos (FIGUEIRA e LEITE, 2008).

Durante as visitas domiciliares na área de abrangência da Equipe Azaléia, foi verificado que a influência dos adultos sobre o ritmo de vida da família é total. O poder de decisão sobre as ações praticadas pela família, em todos os sentidos: higiene, alimentação, lazer, cultura e saúde, está nas mãos do chefe da família, que é o adulto (pai, mãe, avô, avó). Por isso, os programas de saúde bucal com abordagens voltadas apenas a escolares podem não resultar em adultos saudáveis.

A intervenção sobre a saúde bucal dos adultos deve ser planejada de forma que se cumpram os princípios constitucionais do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

É importante considerar, durante o planejamento das ações em saúde, a diferença entre o efeito do conhecimento e o efeito do hábito estabelecido dos pais com relação aos cuidados com as crianças. Ou seja, é preciso estimular os pais a adotarem o comportamento saudável e não só oferecer informações sobre como deveriam cuidar de sua saúde bucal e de seus filhos. Por isso, existe a necessidade de inclusão dos adultos nas ações de saúde bucal dos municípios, aliando-se oferta de serviço odontológico, criação de facilidades para se executar

as ações desejadas e prática educativa dialógica e problematizadora que crie o estímulo da população para enfrentar seus problemas (FIGUEIRA & LEITE, 2008).

O surgimento de doenças bucais, o uso de serviços odontológicos e o autocuidado são fortemente influenciados por conhecimentos que os usuários tem sobre as doenças, por crenças sobre tratamentos, por valor dado à saúde e atitudes em relação ao profissional. Pois, mesmo sendo controladas variáveis sócio-econômicas e demográficas, as atitudes positivas e o uso regular dos serviços de saúde são realizados por indivíduos que tem maior conhecimento sobre as doenças (CAMARGO *et al*, 2009).

A Equipe de Saúde Bucal (ESB), ao colocar em prática as propostas de intervenção para adultos, deverá esperar resultados positivos para toda a família, ou seja, ao abrir espaço para a população adulta, formadora de opinião e detentora do poder de decisão nas famílias, gerará resultados positivos na saúde bucal das crianças, jovens e idosos.

A comparação de resultados do SB Brasil 2003 com outros estudos anteriores mostra a redução da prevalência de cárie entre crianças e adolescentes, porém permanece alta nos grupos etários de 18 a 36 meses e 5 anos de idade e a partir dos 15 anos verifica-se o crescimento contínuo e significativo dos índices de cárie dentária e doença periodontal na população (FIGUEIRA & LEITE, 2008).

Referindo-se à faixa etária de 35 a 44 anos (adultos), o CPO-D médio levantado no SB Brasil 2003 foi de 20,1. Os menores índices foram encontrados nas regiões Norte e Nordeste. Fato importante é que o componente perdido é responsável por cerca de 66% do índice nessa faixa etária, sendo considerado o problema mais grave (BRASIL, 2004).

A prevalência de cárie nos adultos apresentou queda ao comparar os resultados acima apresentados com os divulgados pelo Projeto SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ainda continua a ser o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, mas o índice CPO-D médio caiu de 20,1 em 2003 para 16,1 em 2010, redução de 19% na faixa etária de 35 a 44 anos. E ainda, os componentes “cariado” e “perdido” caíram acentuadamente enquanto o componente “obturado” cresceu em termos relativos. O componente cariado caiu de 2,7 em 2003 para 1,9 em 2010, o componente perdido caiu de 13,2 para 7,3 e o componente obturado subiu de 4,2 para 7,1 (aumento de 69%). Isso mostra que a população adulta de 35 a 44 anos teve, nos últimos 7 anos, menor surgimento de lesões de cárie e mais possibilidade de receber atendimento odontológico para restaurações dentárias. É uma importante inversão de

tendência: os procedimentos mutiladores estão sendo substituídos pelos restauradores (BRASIL, 2010; RONCALLI, 2011).

Com relação às diferenças regionais o SB Brasil 2010 mostra que a região Nordeste apresenta menor quantidade de dentes restaurados que no Sudeste, em relação ao CPO total. Isso significa que, além de apresentar maior ataque de cárie, no Nordeste há menor acesso à oferta de serviços odontológicos (BRASIL, 2010).

Quanto à doença periodontal severa, a porcentagem de pessoas com bolsas periodontais maiores que 4 mm foi de 9,9% na faixa etária de 35 a 44 anos no SB Brasil 2003, sendo que a pior condição foi encontrada para a Região Sudeste para essa faixa etária. E ainda chamou a atenção nesse levantamento o grande número de sextantes excluídos, tanto considerando o percentual de pior escore quanto a média de sextantes afetados nos adultos (35 a 44 anos) (BRASIL, 2004).

O Projeto SB Brasil 2010 mostra que as condições gengivais dos adultos (35 a 44 anos) pioraram: o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal é de 17% e as formas mais graves da doença periodontal aparecem em 19% da população pertencente a essa faixa etária (BRASIL, 2010).

Com relação à necessidade de próteses, 69% dos adultos necessitam de algum tipo de prótese, sendo que 41% da população de 35 a 44 anos necessitam de prótese parcial em um maxilar. Em 1,3% dos casos, necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar. Destaca-se que em 2003 a necessidade ocorria em 4,4% da população adulta. A redução corresponde a 70% (BRASIL, 2010).

O SB Brasil 2010 ainda mostra que 27% dos adultos brasileiros de 35 a 44 anos sofreram dor de dente nos seis meses anteriores à pesquisa. Entre as regiões, apenas o Sul tem um valor mais baixo nesse ponto: 20%. As demais regiões apresentam prevalências de dor de dente muito próximas da nacional (BRASIL, 2010).

## **5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Para elaborar a proposta de intervenção, organizando as ações e serviços de saúde, deve-se planejar o trabalho por meio da compreensão da realidade, dos principais problemas e necessidades da população. Estabelecer metas e um sistema de acompanhamento e avaliação das operações. O planejamento deve ser realizado em linguagem compreendida e compartilhada por todos, buscando a parceria em todos os momentos (BRASIL, 2006).

### **ABORDAGEM FAMILIAR – CRIAÇÃO DO VÍNCULO COM A COMUNIDADE**

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve construir com os usuários um trabalho não só de consultas e atendimentos, mas que se produzam conhecimentos, responsabilização e autonomia em cada usuário. A utilização regular dos serviços odontológicos proporciona um maior contato do paciente com o dentista, trabalhando questões como importância do autocuidado, hábitos nocivos e conhecimentos sobre as doenças bucais. O trabalho deve resultar do adequado conhecimento da realidade local de saúde para se conseguir resolutividade da prática. É imprescindível aproximar-se das pessoas e conhecer suas condições de vida, os conhecimentos sobre saúde, seus hábitos e as providências que tomam quando adoecem e o que fazem para evitar doenças.

Assim, a cárie dentária e os problemas periodontais, se forem detectados precocemente, exigem procedimentos menos complexos. Levando, assim, a menos perdas dentárias, melhor condição gengival, menor probabilidade de sentir dor de dente e colaborando para a manutenção da saúde bucal por mais tempo ao longo da vida (CAMARGO *et al.*, 2009; BRASIL, 2004).

A criação do vínculo da equipe de saúde da família com a população expressa a humanização da relação, e construí-lo exige a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo resulta do acolhimento e principalmente da qualidade da resposta (clínica ou não) oferecida ao usuário quando esse necessita (BRASIL, 2004).



A aproximação e a criação do vínculo com a população deverão ocorrer por meio do acolhimento dos usuários na Unidade de Saúde e também com os processos de educação em saúde e atendimento clínico que serão descritos a seguir.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

O trabalho da ESB não pode ser baseado apenas em atendimento clínico. Porque, o que se vê na prática diária da ESB da equipe Azaléia é que normalmente chegam adultos com alta necessidade de tratamento restaurador, que poderia ser evitado se os mesmos tivessem conhecimentos sobre prevenção e controle dos agravos bucais. Esses conhecimentos poderiam ser trabalhados pelos membros da equipe em atividades de empoderamento dos conceitos e de valorização do autocuidado.

A equipe, então deve desenvolver uma estratégia de educação em saúde bucal, não só para os adultos, mas de toda a família buscando a universalidade.

A universalidade é alcançada com a atenção preventivo-promocional, realizando tarefas com excelência em promoção, prevenção e vigilância, obtida na simplicidade, no baixo custo e na grande efetividade da prática desenvolvida no interior dos domicílios (ZANETTI, 2000).

O componente educativo isolado não é suficiente para garantir a saúde desejável à população, mas pode fornecer elementos, por meio do diálogo e reflexão, que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis (FIGUEIRA e LEITE, 2008).

O processo de educação em saúde deve considerar valores, costumes, regras, linguagem, necessidades emocionais, sociais e as expectativas da população-alvo. Deve-se apropriar a informação ao nível cognitivo dessa população. O diálogo entre a equipe e seus usuários deve capacitá-los a se apropriar do conhecimento e dos comportamentos para que se tornem capazes de promover e controlar sua saúde (MIALHE *et al.*, 2008).

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos que fortaleçam a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos, difundindo elementos, respeitando a cultura local e contribuindo com o empoderamento dos sujeitos coletivos, capacitando-os para autogerirem seus processos saúde-doença, sua vida, visando à melhoria da qualidade de vida. As ações educativas coletivas devem abordar as principais

doenças bucais, manifestação e prevenção, a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentifrício fluoretado e uso de fio dental, cuidados para evitar fluorose, orientações gerais sobre dieta, auto-exame da boca, cuidados imediatos após traumatismo dentário, prevenção à exposição ao sol sem proteção e prevenção ao uso de álcool e fumo (BRASIL, 2006).

O trabalho de educação em saúde deve ocorrer de duas formas: os grupos de adultos e o trabalho da ESB juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nos domicílios.

### **GRUPOS DE ADULTOS**

Os grupos de adultos são reuniões que devem ser realizadas quinzenalmente, abordando temas básicos sobre etiologia da cárie dentária e da doença periodontal, hábitos alimentares e orientações sobre higiene oral. Para as reuniões dos grupos devem ser convidados adultos divididos por microáreas, sendo que o número de participantes deve ser aproximadamente igual a vinte, para que haja melhor aproveitamento durante as oficinas.

Devem ser usados recursos audiovisuais porque permitem mais eficiência na memorização, interpretação mais clara, compreensão mais fácil e aprendizagem mais rápida, eficaz e duradoura (MIALHE *et al.*, 2008).

O conhecimento será mais efetivo quando introduzido segundo o nível de maturidade da população e são promovidas vivências que permitam ao educando a oportunidade de comportar-se de maneira desejada e obter satisfação (MIALHE *et al.*, 2008).

O vocabulário utilizado pelo dentista, que é quem coordena a reunião do grupo, deve ser compatível com o nível de instrução dos participantes. Deve-se sempre evitar expressões técnicas e científicas para facilitar a compreensão do tema abordado.

Os horários das reuniões também devem ser flexíveis, permitindo a participação dos adultos trabalhadores.

A dinâmica do grupo também deve ser interativa. Não se deve fazer apenas uma palestra, com a transmissão vertical do conhecimento. Deve-se buscar a participação dos convidados, estimulando-os a se manifestarem, expressarem suas opiniões e dúvidas sobre os assuntos abordados.

É importante que nesse processo de educação os dois lados possam falar e ouvir, caminhando para construir a prática de forma conjunta dentro da realidade de vida dos usuários (BRASIL, 2006).

É necessário encorajar os usuários adultos a demonstrar suas habilidades. Os profissionais devem ser flexíveis na apresentação das práticas educativas, para não ultrapassar os limites de percepção e assimilação, gerando uma reação negativa no processo educativo. O profissional deve respeitar o fato de que as pessoas tem seus próprios valores e prioridades, evitando impor conceitos e sabendo avaliar as expectativas do indivíduo. Deve ser cauteloso ao propor novos hábitos e adequar as orientações às realidades e possibilidades individuais, condições de vida e trabalho dos usuários (BRASIL, 2006; FERREIRA *et al.*, 2004).

Na basta apenas transmitir conceitos e ensinar técnicas, deve-se mostrar os benefícios das mudanças na dieta alimentar e nos hábitos de higiene bucal para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, expondo as razões para mudar o comportamento, além de fornecer os meios e os recursos essenciais para isso (FERREIRA *et al.*, 2004).

Deve-se, ainda, avaliar os resultados obtidos com os grupos de adultos. Semestralmente, a ESB deve se reunir com as ACS e fazer um levantamento sobre o número de participantes no total de reuniões, questionar às ACS a observação sobre mudanças de hábitos e adesão às propostas de higiene e dieta feitas nos grupos. Manter o que gera resultados positivos e mudar o que não está satisfatório.

De acordo com relatos de experiências de outras comunidades, nem sempre o grupo de adultos atinge os resultados esperados. A maioria relata que as primeiras reuniões são satisfatórias e com participação de número suficiente de população, mas com o passar do tempo, a participação vai ficando reduzida e a adesão às propostas da ESB vai se acabando.

Por isso, a ESB deve estar consciente de que a motivação contínua dos educandos é imprescindível. Além disso, não se deve oferecer apenas o acesso desses usuários aos grupos educativos. Deve-se dar resolutividade à necessidade de atendimento clínico, porque a mudança de comportamento depende da solução das necessidades curativas dos usuários.

## ATENÇÃO DOMICILIAR

Além das reuniões de grupos de adultos, é importante que a ESB faça o trabalho de educação em saúde bucal diretamente nos domicílios, juntamente com as ACS.

A abordagem familiar é de extrema importância porque os hábitos tem um contexto familiar muito significativo, sendo mais fácil trabalhar hábitos saudáveis com a família do que de forma individual, principalmente se forem hábitos comuns. É importante o entendimento da história familiar e o conhecimento dos problemas que a família está passando, não tratando a saúde bucal isoladamente do contexto geral da família (MINAS GERAIS, 2006).

Para desenvolver o trabalho contando com o apoio das ACS, a cirurgiã-dentista (CD) deve oferecer um treinamento a elas para que tenham conhecimento sobre assuntos que serão abordados nas visitas. Pois, mesmo fazendo parte de uma equipe de saúde, muitas ACS não tem conhecimentos suficientes sobre fatores de risco para doenças bucais, etiologia, técnicas de escovação e dieta. Às vezes, o nível de informação de algumas ACS se assemelha ao da população. Por isso, a capacitação é muito importante.

Após a capacitação das ACS, planeja-se o roteiro das visitas domiciliares.

Os principais objetivos das visitas domiciliares são:

- Conhecer as condições de vida, as representações e concepções que os usuários tem sobre sua saúde, seus hábitos, o que fazem para prevenir doenças e como reagem quando ficam doentes;
- Identificar obstáculos ao autocuidado em saúde bucal;
- Despertar a comunidade sobre a importância da saúde bucal;
- Detectar fatores de risco à saúde bucal;
- Conhecer e compreender a rotina de famílias que apresentam risco à saúde bucal e planejar a atenção a ser oferecida;
- Oferecer atenção extraclínica a usuários sem condições de locomoção (MINAS GERAIS, 2006).

A ESB deve planejar as visitas juntamente com as ACS, reservando um período de 4 horas por semana para realização das visitas. A cada semana visita-se uma microárea, sendo que

nessa microárea podem ser visitadas 3 famílias. A escolha das famílias a serem visitadas é feita pela ACS que é quem mantém o contato contínuo com os usuários e, após o treinamento oferecido pela CD, saberá avaliar as famílias prioritárias.

A prioridade, nesse caso, não será definida por condição de saúde (diabético, gestante, por exemplo) ou faixa etária (criança de 0 a 5 anos), pois essas já tem atendimento prioritário pela ESB. Deve-se aqui ressaltar que a busca é por adultos que não se enquadram nos grupos prioritários mas necessitam da atenção odontológica por terem sido deixados sem atenção ao longo dos anos. A definição das famílias prioritárias será por casos de dor e alto índice de cárie e doença periodontal na família.

### **ROTEIRO PARA A VISITA DOMICILIAR**

A ESB, juntamente com a ACS que visita a respectiva microárea devem chegar ao domicílio, verificar as condições de moradia e questionar aos usuários visitados:

- A família faz uso de água tratada e fluoretada?
- Todas as pessoas da família possuem escova de dente individual e creme dental fluoretado?
- Em que estado de conservação se encontram as escovas? Qual o intervalo de troca?
- Todos os membros da família escovam os dentes diariamente?
- Há uso de fio dental?
- Em que se baseia a dieta da família?
- Existe alguém na família com sinais de risco em saúde bucal? (MINAS GERAIS, 2006).

Após ouvir calmamente e anotar em prontuário as respostas do usuário visitado, a ESB e a ACS passam a oferecer as informações. Se houver, ao longo do questionamento, respostas que não condizem com o que deve ser praticado pela família, a ESB deve buscar uma forma de orientar a família sobre a maneira correta de proceder sem entrar em choque com a realidade da família.

Depois de fornecer essas informações, deve orientar sobre técnicas de escovação, uso de fio dental e sobre dieta. E ainda, fornecer “kits” do Programa Brasil Sorridente com escova e creme dental para cada membro da família. Faz-se, ainda, a avaliação de todos os membros da

família quanto à necessidade de tratamento curativo pela CD. A avaliação é feita através de exame tátil-visual, com espátula de madeira.

No final da visita domiciliar, a ESB faz o agendamento do membro da família que apresenta maior necessidade de tratamento curativo para que o mesmo receba o referido tratamento na UBS pela ESB. Quando for concluído o tratamento do membro prioritário da família, os demais serão agendados de acordo com a necessidade, pois a atenção deve ser prestada a toda a família.

## **ATENDIMENTO CLÍNICO**

A organização da assistência deve abranger ações que atendam às demandas espontânea e programada de forma organizada, sendo uma forma importante de dar resolutividade às necessidades da população (BRASIL, 2006).

O serviço público não pode esperar pela demanda, é necessária a busca ativa daqueles que mais necessitam de atenção, criando estratégias para captá-los, para priorizar a população mais necessitada (CAMARGO *et al*, 2009).

A organização do atendimento clínico da ESB no consultório odontológico não é uma tarefa fácil. Principalmente quando a área de abrangência é composta por uma população que representa alta demanda por atendimento curativo reprimida em todas as faixas etárias.

Geralmente, as ESB pertencentes às ESF planejam o atendimento clínico priorizando diabéticos, gestantes, crianças de 0 a 5 anos, cardiopatas e portadores de necessidades especiais. O restante da população fica a princípio, sem assistência curativa, principalmente os adultos que não pertencem aos grupos prioritários.

A proposta para a ESB da Equipe Azaléia é que continuem sendo atendidos os grupos prioritários, mas que também haja espaço para os adultos supracitados. Pois, esses adultos são aqueles usuários que freqüentaram as reuniões e que receberam as visitas domiciliares da ESB. Ou seja, receberam a atenção preventiva e anseiam por assistência curativa.

A ESB deve reservar diariamente uma vaga em sua agenda para atender um adulto que não faça parte do grupo prioritário. As demais vagas ficam para atendimento aos usuários prioritários. Assim, a ESB que trabalha 40 horas semanais, reserva um período de 4 horas

para as visitas domiciliares e mais 4 para planejamento e realização das reuniões de grupos, tem 32 horas divididas em 8 períodos de 4 horas para atendimento clínico. Nesses 8 períodos, haverão 8 vagas semanais para agendamento dos adultos. Cada adulto não será atendido em uma única sessão. Portanto, algumas vagas ficarão preenchidas por mais de uma semana. Mas, a equipe deve definir uma seqüência de usuários para que, ao finalizar um adulto, o próximo da seqüência será agendado na vaga surgida. Essa seqüência deve ser organizada de acordo com o grau de necessidade avaliado pelo CD nos grupos de adultos e nas visitas domiciliares.

Sabe-se que essa forma de atendimento irá gerar uma “fila de espera” por tratamento odontológico, mas de qualquer forma a ESB não conseguiria resolver de imediato a necessidade de toda a população, pois como já foi dito em seções anteriores, os adultos foram deixados sem assistência.

Por isso, a cobertura total da população só será conseguida por trabalho contínuo e os resultados obtidos em longo prazo. Mas deve-se ressaltar que um grande progresso nas condições de saúde bucal das famílias será alcançado com a inclusão dos adultos na assistência prestada pela ESB.

Em municípios que contam com o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como é o caso de Patos de Minas, a ESB não precisa realizar o atendimento das urgências. Os usuários que apresentarem necessidade de atendimento de urgência devem ser referenciados à UPA. A ESB fica responsável pelo atendimento programado.

## **REFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

A ESB deve se preocupar com casos de adultos que, ao finalizarem a atendimento na atenção básica, necessitem de atenção especializada. Esses usuários devem ser encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), caso necessitem de tratamento endodôntico, periodontal, cirurgia buco-maxilo-facial ou prótese total removível. O encaminhamento é feito através de sistema de referência/contra-referência, ou seja, ao finalizar o atendimento especializado, o usuário é reencaminhado à atenção básica com a devida contra-referência, para que continue recebendo o atendimento que lhe for necessário. Assim, cumpre-se o princípio da integralidade proposto no SUS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão dos adultos nas ações de prevenção e promoção de saúde bucal da ESB da Equipe Azaléia de Saúde da Família em Patos de Minas se mostrou necessária a partir do trabalho de Diagnóstico Situacional que apresentou a demanda dessa faixa etária por atenção odontológica.

A busca na literatura por dados dos levantamentos de Saúde Bucal realizados no país e por experiências desenvolvidas em outros municípios foi importante para a realização deste trabalho.

Os levantamentos de Saúde Bucal: SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010 mostraram que a realidade do município de Patos de Minas é semelhante à realidade de todo o país.

As experiências desenvolvidas em outros municípios, assim como a Linha-Guia de Atenção à Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais embasaram a proposta de intervenção apresentada.

A implementação da proposta de intervenção pela Equipe de Saúde Bucal é de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida dos adultos da área de abrangência e de suas famílias também.

Pois, a partir do momento em que a população adulta se sentir incluída nas ações desenvolvidas pela ESB da ESF melhora sua auto-estima e interesse no autocuidado com o objetivo de manter-se saudável. Isso gera melhoria para todos os membros da família. Pois, os conhecimentos adquiridos e a mudança de hábitos serão transmitidos às crianças e idosos da família através desses multiplicadores de saberes que são os adultos.

É muito importante lembrar que a ESB irá enfrentar barreiras culturais, hábitos e saberes antigos que se tornam obstáculos ao sucesso da proposta de intervenção. Mas deve se conscientizar que, aos poucos, deve se integrar e criar vínculo com essa população, respeitando esses obstáculos, sem entrar em choque para não estimular resistência da população. Assim, conseguirá obter resultados positivos e a implementação efetiva de sua proposta de intervenção.



## REFERÊNCIAS

- BARBATO, P.R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise de dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8): p.1803-1814, ago,2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais.**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 68p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social**. Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004./ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica número 17 – Saúde Bucal**. Brasília, 2006, 89p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 - Nota para a imprensa**. Brasília, 2010.
- CAMARGO, M.J.B.; DUMITH, S.C.; BARROS, A.J.D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9): p.1894-1906, set, 2009.
- ELY, H.C.; CARVALHO,D.Q.; SANTOS,M. **Políticas de Saúde Bucal**. Texto preliminar, de circulação interna, escrito para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, volume 17, SAÚDE BUCAL, MIMEO, Brasília/ Porto Alegre: Abril de 2006. Atualizado em 2009.
- FERREIRA, R.I. *et al.* Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência. **Revista de Odontologia da UNESP** v.33, n.3, p.149-156, jul-set, 2004.
- FIGUEIRA,T.R.; LEITE,I.C.G. Conhecimentos e Práticas dos Pais Quanto à Saúde Bucal e suas Influências Sobre os Cuidados Dispensados aos Filhos. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada**, João Pessoa, 8(1): p.87-92, jan-abr, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Patos de Minas**. Disponível em: <http://www.ibge.go.br/cidades> Acesso em: 20 fev, 2011.

MIALHE,F.L.; GONÇALO,C.S.; GOMES,V.E. Avaliação de práticas educativas em saúde bucal em um município de pequeno porte. **Odontologia clínico-científica/ Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco**. Recife, v.7, n.1, p.39-42, jan-mar, 2008.

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

RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução de cárie dentária no país. **Cadernos de Saúde Pública [online]** 2011, v.27, n.1, p.4-5. ISSN 0102 – 311X.doi: 101590/S0102\_311X2011000100001. Acesso em 13 mai, 2011.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. **Patos de Minas**. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Patos\\_de\\_Minis](http://pt.wikipedia.org/wiki/Patos_de_Minis)> Acesso em: 20 fev, 2011.

ZANETTI,C.H.G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) – proposição e programação**. Brasília,DF, 2000. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br> Acesso em 25 jan,2010.