

PSF - Universidade:

Uma Experiência na FOB-USP, Bauru/SP



Ricardo Pianta-Rodrigues da Silva

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre junto ao Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva.

Bauru
2007

PSF - Universidade: Uma Experiência na FOB-USP, Bauru/SP

Ricardo Pianta Rodrigues da Silva

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre junto ao Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

Bauru
2007

Da Silva, Ricardo Pianta Rodrigues

D11p PSF-Universidade: uma experiência na FOB-USP,
Bauru/SP / Ricardo Pianta Rodrigues da Silva – Bauru, 2007.

xiii, 124p.: il.; 30cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de
Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura do autor: **Ricardo Pianta Rodrigues da Silva**
02/05/2007

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de
Odontologia de Bauru/USP: **APROVADO**

Nº do protocolo: 62/2005

Data: 28 de setembro de 2005.

Dados Curriculares

12 de outubro de 1981	Nascimento
Filiação	Jorge Rodrigues da Silva Cleide Maria Pianta da Silva
1999 – 2002	Curso de Graduação em Odontologia – Faculdade de Odontologia da Fundação Educativa de Barretos –FOFEB.
2003 – 2004	Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em nível de Especialização, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC-USP.
2005 – 2007	Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo - FOB-USP.
Associações	APCD – Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas CRO – Conselho Regional de Odontologia SBPqO – Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. APG-USP – Associação de Pós-Graduandos da Universidade de São Paulo ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico

Dedicatória

A minha avó *Mercedes (in memorian)* que tanto me incentivou nesta caminhada.

Aos meu pais *Jorge* e *Cleide*, pelo amor, carinho, dedicação e compreensão com que me criaram, ensinando que os obstáculos e dificuldades devem ser encarados como um desafio a ser transposto com dedicação, seriedade e acima de tudo muita dignidade. A vocês meus pais, minha eterna gratidão.

A minha namorada *Karol*, pelo apoio incondicional durante esta caminhada, agradeço a ti por estar sempre ao meu lado...

Agradecimentos

A **Deus** pelo “dom” da vida e a possibilidade de desfrutar de tudo isso...

Aos meus **Pais Jorge e Cleide**, pelo apoio, amor, carinho e dedicação de todos esses anos me incentivando a conquista deste título...

Minha eterna gratidão!!!...

A minha namorada **Karol** pelo amor, carinho, companheirismo de todas as horas e valioso apoio no desenvolvimento deste trabalho...

Ao meu Amigo e Mestre **Prof. Dr José Roberto de Magalhães Bastos** pelo apoio incondicional de todas as horas, pelas palavras amigáveis que sempre teve na hora certa, pelos conselhos sábios e por todas as oportunidades ...

Ao amigo **Prof. Dr. Arsênio Sales Peres** pelo apoio durante este período e grande incentivador de todas as horas...

A amiga **Profa. Dra. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres** pelas orientações desde minha vinda para Bauru me fazendo crescer e melhorar a cada dia...

Ao **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**, pelos ensinamentos ministrados ...

A **Profa. Magali de Lourdes Caldana**, pelas orientações e apoio na minha formação profissional...

A **Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo**, na qual agradeço nas pessoas dos professores Dr. Luiz Fernando Pegoraro e Dr. José Carlos Pereira, por todas as oportunidades concedidas e pela confiança depositada...

Aos Funcionários do Departamento, **Silvia, Rosa, Helena, Marta e Hilton** , pelo apoio de todas as horas, a amizade incondicional de todos e pelas muitas risadas...

Aos colegas de mestrado **Agnes, Fernando, Gustavo, Ismar, Juliana, Henrique, Rute, Sergio, Suzana e Tati** pela amizade e companheirismo de todas as horas...

Aos colegas do curso de Especialização em Saúde Coletiva, em especial a **Renata Pernambuco, Daniele Garmes, Juliana, Cristiana, Andrea, Carol, Fran, Ismar, Mariana, Patrícia, Thiemi e Sheine**

Aos amigos **João Paulo M. Coque “Jão”, Ariadnes N. de Oliveira “Dine” e Tatiane Martins Jorge “Tati”** pelo grande apoio no desenvolvimento deste projeto, pois sem vocês isso não seria possível...

Aos amigos **Jeferson Sanada “Buda”, Tati, Danielle Albuquerque e Renata Cordeiro** que me deram força e juntos somamos esforços para o ressurgimento da APG...

Ao amigo **Prof. Dr. Ricardo Marins de Carvalho**, por ter acreditado no meu trabalho e ser um grande incentivador de todas as horas...

Aos colegas da Agência USP Inovação, **Prof. Dr. Oswaldo Massambani, Flávia, M. Aparecida, Jussara, Fátima, Suzana, Leonardo, Freid e Rodrigo**, pelo apoio, companheirismo e ensinamentos durante este período...

Aos colegas **Eduardo, Denise, Edna e João**, pelo apoio em nosso dia-a-dia de trabalho...

Aos amigos de Rondônia, **Prof. Luis Marcelo Aranha Camargo, Leormando “Leo”, Toninho, Sidinei, D. Marlene, Janaina, Rafael e Clédson**, pelo apoio durante as expedições e grande amizade que tenho por todos...

Ao amigo **Lucas** e a equipe do setor de comunicação do HRAC-USP **Marisa, Nane, João Feza, Marcos e Camila** pelo apoio no desenvolvimento gráfico da dissertação e a amizade de todos...

Aos amigos **Fabiola, Brahim, Leandro, Juliana, Érika, Sandro, Gustavo e Roberta** pela amizade e incentivo durante a graduação que se estende até hj, simplesmente Obrigado...

Aos amigos e mestres **André Rezek, Netinho, Juliemy, Vera Bernardes, Ceney Possato e Ueide Fontana**, pelo grande apoio e incentivo dado durante a graduação, que eu levarei por toda a vida...

A todos os demais colegas do mestrado e outros tantos, com os quais compartilhei grandes momentos, sempre vou tê-los comigo...

A todos os **funcionários da USP no campus de Bauru** especialmente aos da Biblioteca, Pós-Graduação FOB e HRAC, Prefeitura do Campus, Diretoria da FOB, Administrativo da FOB e Superintendência do HRAC, dos quais estive mais próximo, e que de alguma forma colaboraram para que eu pudesse concluir este trabalho...

A Casa do Garoto Rogacionista em especial ao **Pe. João e Bete** pelo apoio durante o desenvolvimento do trabalho...

A todos os participantes da pesquisa, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho...

*Algo que aprendi em uma longa vida:
toda nossa ciência, medida contra a realidade, é
primitiva e infantil - e ainda assim, é a coisa mais
preciosa que temos...*



Albert Einstein

Sumário

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
RESUMO	xiii
1 - Introdução	1
2 - Revisão de literatura	5
3 - Objetivo	25
4 - Materiais e Métodos	29
4.1 – Delineamento Experimental.....	31
4.3 – Formação da Equipe	31
4.3 – Amostra	31
4.4 – Locomoção até as Residências	32
4.5 – Levantamento das Necessidades	35
4.6 – Atividades educativo-preventivas.....	49
4.7 – Encaminhamento para Tratamento	50
4.8 – Avaliação do Grau de Satisfação	51
4.9 – Análise dos Dados	51
5 - Resultados	53
5.1 – Planejamento de Atividade	55
5.2 – Caracterização das Famílias	55
5.3 – Identificação das Necessidades	66
5.4 – Grau de Satisfação	70
6 – Discussão	75
7 - Conclusões	87
ANEXOS	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ABSTRACT	123

Lista de Tabelas

TABELA 1 -	Códigos e critérios para uso de prótese.....	42
TABELA 2 -	Códigos e critérios para necessidade de uso de prótese.....	43
TABELA 3 -	Descrição dos códigos para condições de dentes decíduos e permanentes	45
TABELA 4 -	Códigos de condições de dentes decíduos e permanentes	45
TABELA 5 -	Distribuição da freqüência, em número (n) e porcentagem (%), das famílias visitadas, de acordo com o bairro ao qual pertenciam.....	55
TABELA 6 -	Distribuição da freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao gênero, grupos etário e étnico dos participantes.....	56
TABELA 7 -	Renda familiar e per capita dos participantes da pesquisa.....	56
TABELA 8 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), dos tipos de casa das famílias participantes da pesquisas	59
TABELA 9 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino do lixo das residências	59
TABELA 10 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma de tratamento de água de beber no domicílio.....	59
TABELA 11 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma do abastecimento de água no domicílio.....	60
TABELA 12 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino das fezes nos domicílios.....	60
TABELA 13 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao tipo de assistência à saúde que a família procura em caso de doença.....	60
TABELA 14 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos meios de comunicações utilizados nas residências pelas famílias.....	60
TABELA 15 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à participação das famílias em grupos comunitários	61
TABELA 16 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos tipos de meios de transportes utilizados pelas famílias.....	61
TABELA 17 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à visita prévia dos participantes.....	61
TABELA 18 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao tempo referido pelos que não consultam um cirurgião-dentista	62

TABELA 19 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao local procurado, pela última vez, pelos participantes que necessitavam do serviço odontológico.....	62
TABELA 20 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto às causas que levaram as famílias a procurarem um cirurgião-dentista.....	62
TABELA 21 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à qualidade do último atendimento realizado.....	63
TABELA 22 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto às informações recebidas sobre como evitar problemas bucais.....	63
TABELA 23 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à auto percepção da necessidade de tratamento atualmente.....	63
TABELA 24 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à auto-classificação sobre saúde bucal.....	64
TABELA 25 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à percepção dos participantes sobre a aparência de seus dentes e gengivas	64
TABELA 26 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao modo de classificação de sua mastigação.....	64
TABELA 27 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%) de como classificaria a sua fala devido aos dentes e gengivas.....	65
TABELA 28 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma como a saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas	65
TABELA 29 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), com relação à quantidade de dores de dentes e gengivas ocorridas nos últimos seis meses.....	65
TABELA 30 -	Quantidade, média e desvio padrão das crianças com idade entre 7 e 15 anos, distribuídas entre alunos e não alunos.....	66
TABELA 31 -	Média, desvio padrão e teste t, para comparação entre os grupos de alunos e não alunos.....	66
TABELA 32 -	CPOD dos alunos divididos pelo gênero e número de livres de cárie com percentual.....	66
TABELA 33 -	CEO, CPOD e CEO +CPOD dos não alunos divididos pro grupo etário	67
TABELA 34 -	Distribuição de freqüências, em número (n), porcentagem (%), referentes ao número de incisivos, caninos e pré-molares extraídos que provocam	

	problemas no arco superior e inferior.	67
TABELA 35 -	Distribuição de freqüências, em número (n), porcentagem (%), referentes aos apinhamentos e espaçamentos dentais por segmento.....	67
TABELA 36 -	Distribuição de freqüências, em número (n), porcentagem (%), quanto ao diastema, desalinhamento maxilar, desalinhamento mandibular, overjet maxilar, overjet mandibular e mordida aberta.	68
TABELA 37 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à relação molar ântero-posterior.	68
TABELA 38 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao uso de prótese superior.....	68
TABELA 39 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à necessidade de prótese superior.	69
TABELA 40 -	Distribuição da freqüência, em número (n) e porcentagem (%), dos achados da avaliação fonoaudiológica.	69
TABELA 41 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao horário de escovação mais importante do dia..	70
TABELA 42 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao uso de fio dental regularmente.....	70
TABELA 43 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%) quanto ao sangramento gengival durante a higienização bucal.....	71
TABELA 44 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto a importância da Saúde Bucal.	71
TABELA 45 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à mudança nos hábitos de higiene bucal.	71
TABELA 46 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à mudança nos hábitos de escovação e uso do fio dental.....	71
TABELA 47 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto às mudanças nos hábitos de Saúde Bucal.	72
TABELA 48 -	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto a sugestões para a melhoria da saúde bucal da comunidade.....	72
TABELA 49-	Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à opinião das famílias se querem ou não receber mais visitas da equipe.....	72

Lista de Figuras

Figura 1 -	Mapa urbano da região cenral de Bauru	00
Figura 2 -	Deslocamento a residência das famílias	34
Figura 3 -	Arrumação do local para o exame	34
Figura 4 -	Dificuldade de acesso.....	34
Figura 5 -	Condição de estrutura das residências	34
Figura 6 -	Exame Bucal	34
Figura 7 -	Exame Bucal	34
Figura 8 -	Medição do diastema incisal em milímetros. Considerar o número inteiro mais próximo.....	38
Figura 9 -	Medição do desalinhamento anterior com a sonda CPI	38
Figura 10 -	Medição do overjet maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI	39
Figura 11 -	Medição da mordida aberta vertical anterior com a sonda CPI	40
Figura 12 -	Avaliação da relação molar ântero-posterior.....	41
Figura 13 -	Avaliação de linguagem escrita	48
Figura 14 -	Avaliação de linguagem escrita.....	48
Figura 15 -	Avaliação de audição utilizando PA5	48
Figura 16 -	Meatoscopia.	48
Figura 17 -	Orientação de higiene bucal.....	49
Figura 18 -	Instruções em macro modelo.....	49
Figura 19 -	Instrução de Higiene Bucal	50
Figura 20 -	Preenchimento do Termo de Consentimento	50
Figura 21 -	Preenchimento dos encaminhamentos	50
Figura 22 -	Preenchimento dos encaminhamentos	50
Figura 23 -	Mapa urbano de Bauru, com os bairros visitados durante a pesquisa	57
Figura 24 -	Número de famílias e pacientes atendidos, não atendidos e que não necessitavam de tratamento odontológico.....	73

Lista de Abreviaturas

CAPS	-	Caixas de Aposentadorias e Pensões
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
IAP	-	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência a Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	-	Programa Saúde da Família
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) adotou como filosofia a promoção e o acesso à saúde a todos os indivíduos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais desprovidos de atenção. O objetivo geral deste estudo foi implementar um modelo de Programa Saúde da Família, com enfoque em Odontologia e Fonoaudiologia, nos moldes da atenção a saúde preconizado pelo SUS, com bases à rotina universitária, para uma disciplina de graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP). O Programa, denominado “*PSF-Universidade*”, atendeu 52 famílias de crianças matriculadas na entidade Casa do Garoto, do município de Bauru/SP. O plano de trabalho consistiu na seleção da amostra, no cadastramento e levantamento das necessidades, no planejamento e execução de ações, bem como no encaminhamento para as clínicas da FOB-USP. Os dados coletados foram analisados de forma descritiva, por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas para melhor visualização. Os resultados mostraram que a renda média das famílias visitadas foi de R\$ 645,39 e a per capita de R\$ 154,71. No que se refere ao perfil odontológico, o CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) dos alunos foi de 1,81 e dos não alunos 2,13; o índice de alunos livres de cárie foi de 31,55%. As condições fonoaudiológicas, ou seja, a investigação dos aspectos relacionados à motricidade orofacial, voz, audição e linguagem oral apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade, sendo que apenas a linguagem escrita apresentou-se inadequada. Foram encaminhadas para as clínicas odontológicas da FOB-USP 180 participantes, dos quais 122 iniciaram os tratamentos. O grau de satisfação das famílias foi medido três meses após as visitas por meio de notas atribuídas ao programa; a nota média obtida foi 9,41. De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que o programa desenvolvido permitiu a abertura de “novas portas” de acesso a uma população carente de atendimento público de saúde.

Palavras – Chave: Programa Saúde da Família; Saúde Pública; Formação de Recursos Humanos.



INTRODUÇÃO

1- Introdução

A saúde como direito de todo cidadão tem sido uma conquista social do estado brasileiro, principalmente a partir da Constituição de 1988 (BRASIL¹², 1988). A Saúde Bucal integrante do contexto saúde, cada dia mais, desponta como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto no assistencial.

O texto constitucional que formula as regulamentações do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros textos normativos constituem as bases legais para a consolidação das ações de saúde bucal no SUS, propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde - ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que esteja regulado através do controle social. Apesar desse pressuposto, percebe-se que algumas destas dimensões são ainda pouco incorporadas à prática em saúde bucal, em boa parte dos sistemas locais de saúde.

O histórico da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) mostra que, seguramente, essa Instituição é uma das principais unidades públicas de ensino no Brasil. O planejamento, a administração e o direcionamento do ensino de graduação e pós-graduação, desde a criação de seus cursos, tornaram a FOB uma unidade de ensino de ponta, não só no Brasil, como também no âmbito internacional.

A construção de um modelo, dentro da universidade pública brasileira, representada pela Universidade de São Paulo (USP), de inclusão da filosofias do SUS no corpo de suas disciplinas, possibilitando a montagem de um PSF-Universidade, com a participação de docentes e alunos de graduação e pós-graduação para a elaboração do processo de construção do SUS-Universidade,

Os currículos dos profissionais necessitam estar adequados ao atual sistema de saúde, fato que se aplica às demais profissões da saúde. De

acordo com o Conselho Federal de Odontologia, uma das razões das discrepâncias do progresso técnico e científico da Odontologia brasileira é a inadequada formação e capacitação dos recursos humanos que incorporam habilidades para o trabalho em nível comunitário; esses recursos deveriam resgatar a cidadania dos indivíduos, com o objetivo de construir um modelo de atenção integral.

Percebe-se que para mudar a prática odontológica é necessária uma nova concepção, que se oponha àquela tradicional: a hegemônica. Para tal, é importante redimensionar a formação do Cirurgião-dentista numa perspectiva de aliar a competência técnica ao comportamento social (TEIXEIRA; VALENÇA⁵⁷, 1998)



REVISÃO DE LITERATURA

2 – Revisão de Literatura

2.1 - Históricos de Saúde

No Brasil foram várias as tentativas de programas e campanhas para a estruturação das políticas sociais, que foram iniciadas de forma sistemática a partir de 1923, com a promulgação da lei Eloy Chaves, considerada o início da Previdência Social no Brasil, regulamentando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). No setor da Saúde Pública, foi criado em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações sanitárias nas regiões mais afastadas do País, com interesse estratégico para a economia, como a região de produção de borracha na Amazônia. Esse serviço, cuja perspectiva assistencial foi apenas no sentido de avaliar tensões sociais e os serviços odontológicos, continuou deficiente, pois a atenção prioritária era os serviços médicos, como exemplo, o combate à febre amarela (CHAVES²⁸, 1986, DA-SILVA³⁰, 2004, RONCALLI⁴⁹, 2000, VASCONCELOS⁶⁰, 1999).

Vários movimentos políticos sociais foram desenvolvidos com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão de vários Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Mas foi a partir do Movimento Sanitarista ocorrido nas décadas de 70 e 80 que se chegou ao atual sistema prestador de saúde, tendo como momento marcante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde se criou a base para as propostas de reestruturação a serem definidas na Assembléia Nacional Constituinte. Por meio das lutas de redemocratização da sociedade brasileira, foi criada, em 1988, a Constituição Federal que garante, em seu artigo 196, que *“a saúde é um direito de todos e um dever do estado”*(MATOS; TOMITA⁴², 2004).

Em 1990, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei 8.080 (BRASIL¹⁴, 1990), que tem como diretrizes a descentralização, a participação da comunidade, e a regionalização e a hierarquização, sendo operacionalizadas pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

E a lei 8.142/90 (BRASIL¹⁵, 1990), que expressa diretamente as posições conjunturais da sociedade civil (DA-SILVA³⁰, 2004).

No início da década de 90, são dados os primeiros passos rumo ao que, futuramente, seria chamado de Programa Saúde da Família (PSF). Um exemplo disso foi a experiência do Programa Médico da Família (PMF), composta por um médico e um auxiliar de enfermagem, realizado em Niterói-RJ em 1992, seguindo o modelo cubano, atuando inicialmente em bairros de baixa renda (MATOS; TOMITA⁴², 2004).

A ligação entre a comunidade e as unidades de saúde deve-se à implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em junho de 1991, que teve como meta a contribuição para a reorganização do serviço municipal de saúde (BRASIL¹⁶, 1999, BRASIL¹⁷, 2001).

2.2 - Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF), iniciado no Brasil em 1994, por meio da Portaria GM/MS nº 692, com a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), foi composto por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF ocorreu seis anos após o início do Programa, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.444 (BRASIL¹⁸, 2000), em dezembro de 2000, que estabelece o incentivo financeiro à atenção à Saúde Bucal prestado pelos municípios por meio do PSF. No ano seguinte, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, contido na Portaria nº 267 (BRASIL¹⁹, 2001), de 06/03/2001, que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM (BRASIL¹⁸, 2000), apresentando os seguintes objetivos (MATOS; TOMITA⁴², 2004):

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo PSF;

- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas ESF às condições de prevenção, bem como de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviços do SUS;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

Esta inserção deu-se diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira.

A inclusão dos profissionais de Saúde Bucal nas ESF ocorreu por meio de duas modalidades: Modalidade I – Um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Modalidade II - Um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD) (BRASIL¹⁷, 2001).

Os profissionais inseridos nas ESB têm algumas atribuições específicas como (BRASIL¹⁷, 2001, MATOS; TOMITA⁴², 2004):

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de Saúde da Família;
- Identificar as necessidades e expectativas da população em relação a saúde bucal;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;

- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
- Desenvolver ações inter-setoriais para a promoção da saúde bucal.

O trabalho com famílias tem como ponto de partida a compreensão por parte dos profissionais inseridos nas ESF de questões relacionadas à organização familiar, tais como crenças, valores e procedimentos que são adotados em sua vida familiar diária (SZYMANSKI⁵⁵, 1994).

A valorização dada à família, principalmente pelas classes mais populares, resulta do modo como vivem, de sua condição de classe, de seus desejos, de seus projetos e de seus limites, e não da imposição de valores dada a outras categorias e classes sociais. As famílias apresentam-se em intenso processo de desgaste, devido à vulnerabilidade diretamente associada à situação de pobreza e ao perfil da distribuição de renda (DURHARM³², 1980, VASCONCELOS⁶⁰, 1999). Tornam-se incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isso necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir seus direitos de cidadania (VASCONCELOS⁶⁰, 1999, VOLSCHAN⁶¹, 2002).

Para que haja uma melhoria da qualidade de vida da população, é necessário requerer uma atitude de co-responsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde; por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e da coletividade (AERTS; ABEGG; CESAR¹, 2004).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios (BRASIL²², 2000):

- *Integralidade e hierarquização:* A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar

vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

- *Territorialização e cadastramento da clientela:* A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.
- *Equipe multiprofissional:* Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis ACS. Outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos, a exemplo dos cirurgiões-dentistas, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência, sob sua responsabilidade (BRASIL²², 2000).

Cada equipe deve estar capacitada para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade

de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar.

Em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs em 2001, como estratégia de reorganização da Atenção Básica a Saúde, a inclusão de equipes de saúde bucal no PSF, com a finalidade de diminuir os índices de doenças bucais e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal (BRASIL²³, 2006).

Diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de PSF no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar (BRASIL²⁴, 2002).

No entanto, um dos maiores entraves para a consolidação do PSF dentro dos preceitos de equidade, integralidade, universalidade e descentralização do SUS é a própria burocracia estatal, que restringe a contratação de pessoal e torna moroso o remanejamento de recursos e a execução das ações, bem como o redirecionamento feito pelas prefeituras de parte do montante destinado ao custeio da mão-de-obra enviado pelo Ministério da Saúde (BRASIL²⁴, 2002).

Entre as saídas encontradas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para agilizar a implementação do programa e a contratação de mão-de-obra na capital está o estabelecimento de convênios e parcerias com organizações não governamentais e entidades sem fins lucrativos, como o que vem ocorrendo com o Projeto Qualis Zerbini em São Paulo (MARTINELLI⁴¹, 2001).

Camaragibe, município pernambucano próximo à Recife, foi um dos pioneiros na inclusão dos cirurgiões-dentistas no PSF. As ações de saúde começaram com o cadastramento das famílias para levantamento epidemiológico dos problemas da área adstrita. Os dados serviram de base para o planejamento das ações da ESB (ANDRADE⁵, 2002).

O PSF ganhou prioridade no Ceará, tendo, em maio de 2002, 1.070 equipes funcionando nos 184 municípios do Estado, sendo 375 equipes de saúde bucal. Sendo a população do referido município de 7.546.619 habitantes, cada equipe do PSF ficou responsável pelo acompanhamento de 600 a 1000 famílias, sendo possível verificar 49% de cobertura, dos quais 34% incluem a ESB (FARIAS; MOURA³⁵, 2003).

O Projeto Sorriso realizado em Alfenas (MG) mostrou grande efetividade na redução da placa bacteriana, fator mais importante no desenvolvimento da cárie e da doença periodontal. Esse projeto buscou motivar e orientar crianças das creches da cidade e seus respectivos familiares quanto ao cuidado da higiene bucal por meios de palestras, macromodelos e escovações supervisionadas, tornando a redução da placa bacteriana e, conseqüentemente, da cárie e doença periodontal uma realidade nesta comunidade (ALMEIDA², 2003)

Em Araraquara, crianças entre 7 e 12 anos foram submetidas a palestras educativas, demonstrações de escovação e utilização do Sistema robo-dente (criação do Prof. Dr. Pedro Bignelli da USP de Ribeirão Preto), sendo, posteriormente, avaliadas por meio de uma redação na própria escola. O objetivo foi avaliar a memória da criança das experiências vividas. Constatou-se que programas educativos não devem ser realizados uma vez apenas, mas sim deve haver uma continuidade (GARCIA; CORONA; VALSECKI JÚNIOR³⁸, 1998).

Por meio da avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos, através de palestras e escovação supervisionada, foi possível verificar que, forma geral, um programa educativo é efetivo na melhoria do nível de conhecimento odontológico e comportamento de higiene bucal dos participantes (GARCIA; CORONA; VALSECKI JÚNIOR³⁹, 2004).

O Projeto para um Sorriso Feliz, realizado exclusivamente com mães e com o objetivo básico de prevenção através de palestras para orientação e esclarecimento das dúvidas mais comuns, evidenciou que, para a maioria das mães, houve uma conscientização em relação aos pontos mais importantes tais como amamentação e freqüência de escovação, além de observar

importante mudança no comportamento das mães e filhos em relação ao uso da mamadeira (ROSA⁵⁰, 1996).

Com o intuito de avaliar qualitativamente a satisfação do usuário do PSF em cinco municípios da Bahia, foi aplicada metodologia de cunho etnográfico com o objetivo de capturar a percepção dos grupos focais sobre o programa e os serviços oferecidos pelas equipes além de revelarem suas necessidades e expectativas de satisfação das mesmas. Observou-se que as mulheres são importantes avaliadoras de serviço de saúde, tendo um conhecimento ímpar do cotidiano e sendo as principais agentes de saúde no contexto doméstico. Além disso, as mulheres foram capazes de identificar com clareza os indicadores de qualidade de vida e de melhoria de vida (TRAD⁵⁸, 2002).

O PSF emerge num contexto de restrição e racionalização de gastos públicos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agencias multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. A agenda de reformas propostas por estas agências baseia-se no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres (SENNA⁵⁴, 2002).

O modelo de assistência enfocada no modelo hospitalar ineficaz, na especialização da atenção ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e no pouco investimento nas ações preventivas e de produção à saúde, é criticado pelo Banco Mundial (WORLD-BANK⁶², 2002)

Esta concepção parte do entendimento de que as inovações introduzidas no sistema de saúde nos últimos anos, com a implantação do SUS, têm apresentado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde. Nesse sentido, o PSF traz em sua filosofia a promoção e o acesso à saúde dos setores anteriormente excluídos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais desprovidos de atenção (SENNA⁵⁴, 2002).

As Equipes de Saúde Bucal começaram a ser implantadas e a receber o incentivo financeiro do Ministério da Saúde em março de 2001,

quando o país contava com 124 ESB, atuando em 32 municípios em cinco unidades federativas (MATOS; TOMITA⁴², 2004).

Em setembro de 2002, foram registradas 3.943 ESB implantadas, distribuídas em 2.157 municípios, beneficiando aproximadamente 24,3 milhões de brasileiros. O número de ESB implantadas até março de 2003 foi de 4.484 (MATOS; TOMITA⁴², 2004).

Segundo CASPITRANO FILHO²⁷, 2001, a incorporação das ações de saúde bucal no PSF, por meio da ampliação das equipes com o cirurgião-dentista, foi uma importante iniciativa do Governo Federal, no sentido de estar em concordância com o princípio da Integralidade dos cuidados. Acrescentou, ainda, que o cirurgião-dentista desta equipe deve apresentar uma nova postura, como participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, conhecendo profundamente a população e suas condições de vida (MATOS; TOMITA⁴², 2004).

O modelo domiciliar de atendimento (re)surge em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos como um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde. Dentre estas alterações descritas por (DUARTE; DIOGO³¹, 2000), estão: a transição demográfica, que demonstra um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado; os custos do sistema hospitalar cada vez mais elevado; a mudança no perfil epidemiológico da população, no qual evidencia um aumento das doenças crônicas não-transmissíveis; o desenvolvimento de equipamentos tecnológicos, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência das pessoas; o aumento da procura por cuidados de saúde; o interesse dos profissionais de saúde por novas áreas de atuação; exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, além da necessidade de maior integração da equipe profissional com o cliente e sua família (LACERDA et al.⁴⁰, 2006).

O crescimento do PSF demonstra uma tendência inicial de cobertura de áreas menos assistidas, representadas por pequenos municípios, distantes dos aglomerados urbanos, e por cidades de médio porte. Esta tendência não ocorreu apenas pela lógica de ampliar a cobertura em áreas desassistidas, mas pela necessidade de incrementar o acesso da população aos serviços de

saúde, principalmente de segmentos da população expostos a maior vulnerabilidade social.

2.3 - Atenção à Saúde Bucal

A odontologia, como as demais ciências da área da saúde, passou por várias etapas na sua trajetória, iniciando com o empirismo, na idade antiga, passando pelo pré-cientificismo nos séculos XVI e XVII, até o surgimento de escolas especializadas na prática odontológica, iniciando, assim, a fase Científica. Na idade antiga, a odontologia era praticada em diversas civilizações, fato confirmado em achados arqueológicos (ELIAS et al.³³, 2001).

A partir 1952, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) implementou os primeiros programas de odontologia sanitária, inicialmente em Aimorés, MG, e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil. O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável (CHAVES; DA-SILVA²⁹, 2002) e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do país (NARVAI⁴⁴, 2006).

Partindo da odontologia feita no passado, quase que exclusivamente mutiladora e reparadora, juntamente com os novos conhecimentos científicos adquiridos na década de 60, em relação aos fatores causais da doença cárie, ficou claro que da forma como estava sendo concebida a odontologia, não se conseguiria atingir a saúde bucal; a partir de então, começou a surgir no Brasil uma nova forma de se ver a odontologia, que teve início em 1960 (NARVAI⁴⁵, 1994).

Segundo NARVAI⁴⁵, 1994, a odontologia preventiva seduziu, inicialmente, apenas alguns setores universitários. Mas passou por muitas críticas, a ponto de ser vista como “coisa de poetas” ou ainda “coisa de comunistas” até que, nos anos 80, com o desenvolvimento de novos

conhecimentos, e a absorção da experiência de outros países, foram quebradas as barreiras no Brasil.

O grande desafio para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante no Brasil, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com essas, do processo de trabalho em saúde (BALDANI et al.⁸, 2005). Todas estas sistemáticas confrontam-se com as desigualdades sociais em saúde, sendo necessário admitir a influência dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença (ARAUJO; FREIRE; PADILHA⁷, 2006)

Os anos 90 testemunharam grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, norteadas pela necessidade de rupturas com as formas de organização do sistema de saúde, que teve seu ápice quando, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresentou o PSF como estratégia para consolidação do SUS (BALDANI et al.⁸, 2005), que em 2000 recebe o incremento das Equipes de Saúde Bucal. O programa tem se constituído num dos pilares desse movimento de mudanças, consolidando-se como política de governo (MEDINA; AQUINO⁴³, 2002)

2.4 - Atenção à Fonoaudiologia

Todas as categorias da saúde podem ser inseridas no programa - a exemplo de dentistas, assistentes sociais, psicólogos e outras áreas da saúde - pois o Sistema Único de Saúde deve e tem por objetivo oferecer assistência integral de acordo com as necessidades e possibilidades locais. (LACERDA et al.⁴⁰, 2006). Segundo ANDRADE³, 1996, a comunicação é condição primordial para a inserção do homem na sociedade, propiciando a participação social, aprendizagem e contribuindo para a integridade emocional. Dessa forma, nas alterações patológicas pode haver um prejuízo do desempenho social e até mesmo profissional, o que limita a capacidade de criação e transformação do

mundo por meio da palavra, característica eminentemente humana (ANDRADE³, 1996). A Fonoaudiologia, com sua atuação em promoção, prevenção e reabilitação de distúrbios da comunicação humana, vem observando a necessidade da inclusão desses profissionais no PSF uma vez que assume um papel significativo na manutenção da saúde e qualidade de vida.

A proposta de inclusão da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família é recente e ainda são escassos os trabalhos científicos nessa área. Em junho de 2004 foi realizado o III Fórum de Saúde Pública onde a Comissão de Saúde do Conselho Regional de Fonoaudiologia discutiu um documento preliminar elaborado abordando aspectos importantes da atuação fonoaudiológica no PSF e suas diretrizes. A vantagem da inclusão da Fonoaudiologia no PSF, bem como as outras áreas da saúde, é que o profissional passa a enxergar o paciente não somente com uma determinada patologia, mas sim como resultado do seu contexto social. Assim, o processo patológico depende da compreensão da fisiologia integral do organismo, associada às características de personalidade e ambiente (ANDRADE; JUNIO⁴, 1999, BEFI¹⁰, 1997, BRASIL¹⁶, 1999).

2.5 - Atenção Básica e Gestão no SUS

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL²⁶, 2007).

O processo de construção deste modelo de atenção agregou atores políticos diversos nos municípios, nos estados e na federação. Além desses agentes envolvidos, pudemos contar com a participação de membros da

academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde (BRASIL²³, 2006).

As atenções voltadas para os princípios e diretrizes alinhavados nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a Secretaria de Atenção a Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica apresentou, na Comissão Intergestores Tripartite, o desenho da nova Política Nacional da Atenção Básica. A experiência acumulada nos diferentes níveis de gestão serviu como estratégia complementar para facilitar a regulamentação da Atenção Básica (BRASIL²³, 2006).

As discussões para alcançar o formato final da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se fundamentaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, das responsabilidades de cada esfera de governo, da infra-estrutura e recursos necessários, das características do processo de trabalho, das atribuições dos profissionais e das regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família (BRASIL²³, 2006).

A concepção de Atenção Básica pauta-se na integralidade das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, assumindo um importante papel na organização do sistema de saúde do Brasil. Este processo desenvolve-se por meio de trabalhos em equipes interdisciplinares, democráticos e participativos, com a utilização de tecnologias de alta complexidade e de baixa densidade. Seu objeto de trabalho é considerado na dimensão coletiva e na singularidade do sujeito, tendo por finalidade a resolubilidade dos problemas de saúde da população mais freqüentes e relevantes (BRASIL²⁵, 2004).

A Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/2001) define as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver além de articular a Atenção Básica com a rede de serviços de maior complexidade como parte indissolúvel dessa e como porta de entrada do sistema (BRASIL²¹, 2003).

Assim, deve-se entender que a atenção básica em saúde é um processo complexo, inserido numa realidade social dinâmica, não-linear, permeada por contrário e correlações de forças, influenciando concepções e proposições avaliativas (BRASIL²⁵, 2004).

O estabelecimento de pressupostos conceituais, diretrizes e critérios técnicos para o estabelecimento das ações, com base no conhecimento da realidade, deve ser negociado e estabelecido entre os membros da equipe, entre a equipe e a comunidade, entre a equipe e os níveis de maior densidade tecnológica. (BALDANI et al.⁸, 2005).

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em, grande parte, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Embora seja insuficiente para aprender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação (FELISBERTO³⁶, 2004).

A avaliação de políticas e programas de saúde deve contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo. Daí a necessidade de estudos e pesquisas que dêem conta das dimensões não aprendidas pelos diversos sistemas de monitoramento (FELISBERTO³⁶, 2004).

O PSF vem se constituindo, ao longo do tempo, como indutor desse processo de institucionalização da avaliação na atenção básica. A criação, na estrutura organizacional do Departamento de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), marca essa característica, principalmente quando se atribui a essa a responsabilidade de programas de envergadura como o “Pacto de indicadores da Atenção Básica”, estabelecido mediante negociação entre as três esferas de gestão, que tem se constituído num esforço coletivo de incorporação à prática da Gestão e de articulação com os processos de programação; a Investigação Avaliativa, representada pela realização de estudos e pesquisas de abrangência nacional, e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são os principais instrumentos de monitoramento da atenção básica com características muito peculiares de apoio a gestão (FELISBERTO³⁶, 2004)

A reorganização da Atenção Básica conceitua-se pela busca da vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível de atenção e voltadas para promoção, proteção e recuperação dos agravos à saúde, imprimindo uma nova dinâmica de consolidação do SUS (ARAUJO⁶, 2006)

O PSF vem sendo aprimorado e expandido desde sua criação e é tratado como estratégia prioritária para organização dos serviços de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde BRASIL²⁵, 2004.

2.6 Formação e Capacitação de Profissionais para o PSF

A capacitação profissional tem uma importância incontestável para o bom desenvolvimento das ações de saúde bucal no PSF. Ações como os Pólos de Capacitação do PSF e as novas Diretrizes Curriculares, que levam o aluno de graduação em saúde a “aprender a aprender”, que engloba “aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer”, garantem a capacitação com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades ().

Todos os profissionais engajados no PSF necessitam ser sujeitos de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas na estratégia de intervenção populacional baseada no território com vistas à efetividade do SUS (MATOS; TOMITA⁴², 2004) .

A preocupação com aspectos humanísticos do paciente e àqueles embutidos na relação profissional / aluno / paciente tem sido alvo de reflexões, buscando superar a concepção de prática onde o profissional se preocupa exclusivamente com o órgão dentário (TAVARES et al.⁵⁶, 2005).

Sob a perspectiva de novas demandas à prática docente, as mudanças e inovações que desafiam a qualificação do corpo docente nos cursos de graduação não são percebidas da mesma forma nas diferentes áreas do conhecimento. Especificidades da área, relativas a uma epistemologia

(lógica do conhecimento) nas faculdades de odontologia, e características da profissão odontológica, como os valores construídos e espaços de poder definidos no contexto da estrutura social e política, não podem ser desconsideradas quando se pensa em um projeto de formação docente para a educação superior (SECCO; PEREIRA⁵³, 2004).

A formação do profissional de saúde deve se dar em consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde, dentro de um modelo que privilegie tanto a técnica e a competência, quanto a integralidade, resolutividade, equidade e relevância social (PIANCASTELLI et al.⁴⁷, 2000).

A prática pedagógica é a expressão da luta dos homens em busca da humanização e liberdade; é a expressão de sua luta cotidiana, numa realidade concreta, socialmente construída, e que necessita ser superada. E tal superação só pode ser obtida por meio do diálogo e da solidariedade, respondendo e respeitando a vocação ontológica do homem, de ser sujeito (ROZENDO et al.⁵¹, 1999).

A educação superior, existente atualmente, é aquela que, de maneira geral, prioriza as práticas pedagógicas que pouco contribuem para o desenvolvimento de uma sociedade de sujeitos sociais construtores de sua própria história. Pelo contrário, a concepção predominante é a de uma educação para o ajustamento, para a adaptação às normas e padrões de comportamento considerados “adequados”, em que, aos educandos, é imposta uma condição de passividade e subordinação à autoridade do educador. É a visão denominada por Paulo Freire, de “educação bancária”, porque nela, educar se torna um ato de depositar informações na mente dos educandos, os quais irão recebê-las sem questionamento. A essa concepção tradicional, o pedagogo brasileiro opõe a de “educação conscientizadora”, ou “educação libertadora”, baseada na relação horizontal entre educador e educando, e visando o desenvolvimento da consciência crítica sobre a realidade. É, pois, necessário dizer que, nesta mesma escola tradicional há espaço para a transformação, porque nela existem homens, e porque nela são concretizadas ações realizadas por homens e a eles destinadas (ROZENDO et al.⁵¹, 1999).

De acordo com as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia – DCCGO, a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o

sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Desta forma, o SUS deve ser a “base” do currículo das instituições de ensino odontológico, visando à formação de profissionais centrados não apenas na assistência ao doente, mas, principalmente na boa qualidade de vida da população (TAVARES et al.⁵⁶, 2005).

A universidade, enquanto uma instituição social inserida numa realidade concreta, experimenta a dialética do movimento social. Ao mesmo tempo em que determina e é determinada; ao mesmo tempo em que transforma a realidade, também reproduz esta realidade; compartilha as contradições da sociedade e produz suas próprias contradições (ROZENDO et al.⁵¹, 1999).

O papel da educação superior na formação de recursos humanos vinculados ao sistema de saúde brasileiro, *locus* da aplicação da chamada saúde bucal coletiva, deve ter a extensão como objetivo básico da educação superior, redefinida e ampliada como “promoção da comunidade”, necessariamente multidisciplinar, buscando a transdisciplinaridade. Isso deve ser efetuado numa ação da universidade em associação com a população, para resolver os problemas prioritários e transformar a sociedade atual em uma sociedade mais justa e solidária. Desse modo, a pesquisa deve buscar diagnosticar e propor soluções para os problemas de maneira mais ampla, não se fechando em guetos, “da saúde”, “da educação”, “da segurança”, “da habitação”, “do meio ambiente”, mas de maneira intersetorial. Em suma, a função do ensino deve ser capacitar docentes, alunos e grupos da comunidade para debater as questões consideradas mais fundamentais e, a partir disso, aplicar as soluções encontradas (ARAUJO⁶, 2006).

Conceber a reorientação de sistemas de saúde requer mudanças na organização dos serviços que propiciem o desenvolvimento de novas práticas assistenciais. Logo, impõe-se a reorientação da formação dos profissionais, a fim de capacitá-los para a compreensão e apreensão de distintas realidades sanitárias. Esse é certamente o maior problema com que o PSF vem se deparando ao longo desses anos (FEVERWERKER; SOUZA³⁷, 2000).



OBJETIVO

3 - OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar um modelo de Programa Saúde da família, com enfoque em Odontologia e Fonoaudiologia, nos moldes da atenção a saúde preconizado pelo SUS, com bases à rotina universitária, para uma disciplina de graduação.

3.2 Objetivos Específicos:

a) Apresentar estratégias de planejamento das atividades para a implementação do programa, identificação das necessidades e motivação das famílias para a assistência à saúde.

b) Caracterizar o perfil de saúde bucal e fonoaudiológica das famílias, bem como mensurar a o grau de satisfação das mesmas quanto ao programa realizado.



MATERIAL E MÉTODOS

4 - MATERIAL E MÉTODO

4.1- Delineamento Experimental

Para a realização deste estudo, a direção da Entidade Casa do Garoto Rogacionista, localizada no município de Bauru/SP (Figura 1), foi consultada, tendo sido explicado os objetivos e a metodologia do projeto. Após o consentimento, a direção disponibilizou sua equipe de assistentes sociais para auxiliar na logística..

Antes do início das atividades, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FOB/USP sendo aprovado em 28 de setembro de 2005 sob processo nº 62/2005 (Anexo 1).

4.2 - Formação da Equipe

Este trabalho foi realizado por uma equipe multi-profissional, pautado nas áreas de competência da FOB-USP, sendo formada por um cirurgião-dentista (pós-graduando), um graduando do curso de Odontologia (último ano), uma fonoaudióloga e uma graduanda em Fonoaudiologia (último ano).

4.3 – Amostra

4.3.1 Seleção da amostra (famílias).

A amostra deste estudo foi constituída por 51 famílias, as quais foram selecionadas, aleatoriamente, entre as 187 famílias das crianças matriculadas na Entidade.

Foram excluídas da amostra as crianças cujas famílias não demonstraram interesse em participar do estudo, bem como aquelas que eram irmãs ou moravam no mesmo domicílio de outra criança pré-selecionada, para que não ocorresse duplicidade na amostra.

Caso as famílias das crianças morassem em um domicílio coletivo, ou seja, em um mesmo terreno sem separação das habitações por paredes, muros ou cercas, bem como nos casos em que as mesmas morassem em domicílios individuais, mas houvesse dependência financeira entre elas, a residência seria considerada como única. Em outras palavras, pode-se dizer que somente seria considerado como residência o domicílio que possuísse a

independência do local da habitação com o acesso direto de seus moradores e sem dependência financeira, mesmo que fosse de alimentação (BRASIL²⁰, 2001).

4.3.2- Identificação da amostra (famílias).

Todas as famílias selecionadas foram convidadas para uma reunião prévia em horário noturno, nas dependências da Entidade, por meio de um convite enviado pelas crianças. Durante esta reunião, foi apresentado o programa, seus objetivos, metodologias e viabilidades de acesso aos tratamentos odontológicos e fonoaudiológicos.

As famílias interessadas em participar do programa foram pré-cadastradas e as visitas agendadas de acordo com a melhor data para a família receber a equipe em seu domicílio e a proximidade das casas para a visita.

A partir das visitas domiciliares, cada uma das famílias pré-selecionadas foi cadastrada. Para isso, foi aplicado um questionário inicial (ficha A - Anexo 2) dirigido preferencialmente às mães, sendo que, na falta destas, aos pais ou responsáveis pela residência. As informações extraídas foram: endereço completo, nome de todos os integrantes da família, identificação quanto ao gênero, data de nascimento, alfabetização, tipo de ocupação (trabalho), renda mensal da família e doenças pré-existentes.

Os demais dados do questionário envolviam as seguintes informações: condições sócio-culturais da família (caracterização da moradia,) e escolaridade dos integrantes da família), saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e de sociabilização da família dentro da comunidade.

4.4 – Locomoção até as residências

A visita da equipe às residências era marcada em dois períodos noturnos: às 18h30 (dezoito horas e trinta minutos) e às 20h (vinte horas), sendo, assim, visitadas duas famílias por noite. A equipe se reunia às 18h (dezoito horas) em frente à faculdade.



Figura 1. Mapa urbano da região central de Bauru

A equipe se deslocava às residências em veículo próprio, tendo em mãos o endereço fornecido pela família, alguns pontos de referencia para a localização no bairro e telefone de contato para qualquer emergência ou eventualidade. Para facilitar o percurso, antes da saída até as residências era traçado o caminho com base em um mapa urbano de Bauru em busca do melhor trajeto.



Fig 2. Deslocamento a residência das famílias



Fig 3. Arrumação do local para o exame



Fig 4. Dificuldade de acesso.

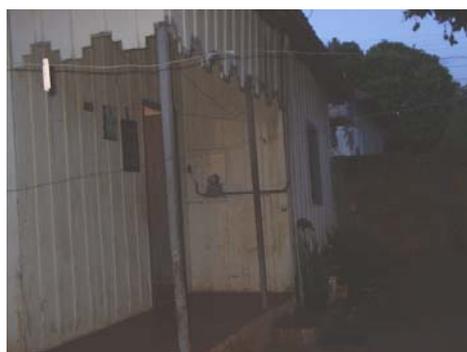


Fig 5. Condição de estrutura das residências.



Fig 6. Exame Bucal



Fig 7. Exame Bucal

4.5 – Levantamento das necessidades

4.5.1 - Necessidades Odontológicas

Para o levantamento das necessidades odontológicas foram utilizados os códigos e os critérios recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL²⁰, 2001) - Subcomitê do Projeto SB2000, que tem como base os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na publicação *Oral health surveys: basic methods*, quarta edição, 1997(WORLD-HEALT-ORGANIZATION.⁶³, 1997).

Os exames foram realizados sob luz artificial e com o auxílio de cadeiras, mesas ou sofás das residências, utilizando-se espelho bucal plano para afastar os tecidos moles e sonda exploradora de ponta esférica, padrão OMS.

O protocolo empregado (Anexo 3) continha as seguintes informações:

a) Informações Gerais

- *Idade em anos*: Este campo, constituído por duas caselas, foi preenchido com os anos completos do sujeito, na ocasião do exame. No caso de bebês entre zero e 36 meses, foi preenchido com “00”, sendo a idade colocada em meses na casela correspondente.
- *Idade em meses*: Para o grupo etário de 0 a 36 meses, preencheu-se as duas caselas com os meses completos do bebê na ocasião do exame.
- *Genero*: Foram utilizados os códigos 1 para o gênero masculino e 2 para o feminino.
- *Grupo Étnico*: Nesta pesquisa foi adotado o critério da autodeclaração para indivíduos acima de 15 anos de idade, ou seja, perguntou-se em qual categoria de raça o indivíduo se

incluía. Para indivíduos com idades inferiores, esta categorização foi feita pelo examinador.

As categorias de grupos étnicos adotadas foram: 1 – Amarelo; 2 – Branco; 3- Negro; 4- Pardo; 5 – Indígena; 9 – Sem Registro.

b) Informações Odontológicas

Anormalidades Dentofaciais

- Índice de Má-Oclusão

Para a idade de cinco anos, adotou-se o índice preconizado pela OMS em sua versão de 1987, modificada pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1996. Assim, a condição oclusal aos cinco anos foi examinada, conforme os critérios descritos a seguir:

- **0 - normal:** ausência de alterações oclusais;
- **1 - leve:** existência de um ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, e;
- **2 - moderada/severa:** existência de um defeito inaceitável sobre a aparência facial, de significativa redução da função mastigatória, de problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo); transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo); mordida aberta; desvio de linha média estimado em 4 mm ou mais; e apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais.
- **9 - Sem Informação:** Quando não foi possível verificar o índice ou quando não se aplicava para a idade que estivesse sendo examinada.

- Índice de estética dental

Este índice foi empregado para as idades de 12 a 19 anos da amostra.

Espaço

O espaço foi avaliado com base no apinhamento e espaçamento no segmento incisal,, presença de diastema incisal, desalinhamento maxilar e desalinhamento mandibular anterior. Foram adotados os seguintes códigos com suas respectivas condições:

- **Apinhamento no Segmento Incisal:** O segmento foi definido de canino à canino. Considerou-se apinhamento quando havia dentes com giroversão ou mal posicionados no arco. Não foi considerado como apinhamento quando os quatro incisivos estavam adequadamente alinhados e um ou ambos os caninos estavam deslocados. Assim utilizou-se os seguintes critérios:

- **0 - sem apinhamento;**
- **1 - apinhamento em um segmento;**
- **2 - apinhamento em dois segmentos.**

- **Espaçamento no Segmento Incisal:** Foram examinados os arcos superior e inferior. Considerou-se como espaçamento quando a distância intercaninos foi suficiente ou superior para o adequado posicionamento de todos os incisivos e/ou quando um ou mais incisivos apresentavam uma ou mais superfícies proximais sem estabelecimento de contato interdental.

- **0 - sem espaçamento;**
- **1 - espaçamento em um segmento;**
- **2 - espaçamento em dois segmentos.**

- **Diastema Incisal:** Definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais **superiores** permanentes (Figura 8).

Diastemas em outras localizações ou no arco inferior (mesmo envolvendo incisivos) não foram considerados. O valor a ser registrado

corresponde ao tamanho em **milímetros** medido com a sonda CPI. Nos casos de ausência de incisivos centrais, assinalou-se o código "x".

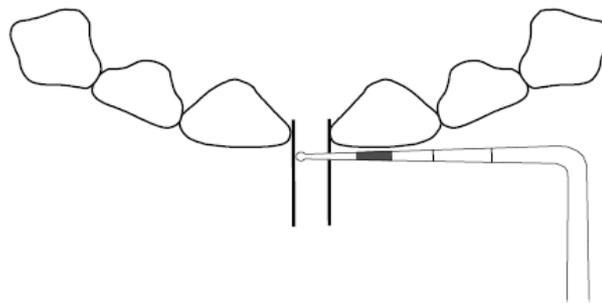


Figura 8. Medição do diastema incisal em milímetros. Considerar o número inteiro mais próximo.

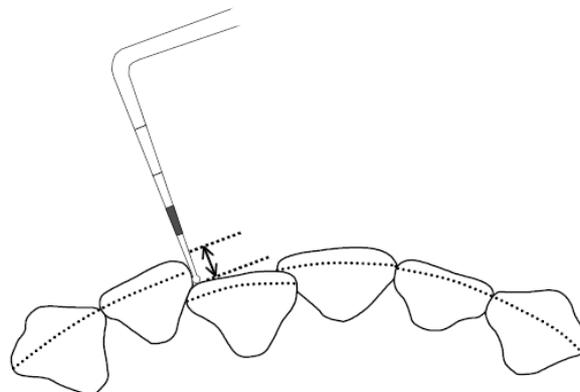


Figura 9. Medição do desalinhamento anterior com a sonda CPI.

- **Desalinhamento Maxilar Anterior:** Giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os quatro incisivos superiores foram examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida foi feita, em mm, com a sonda CPI, cuja ponta foi posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano

paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento (Figura 9).

- **Desalinhamento Mandibular Anterior** – O conceito de desalinhamento e os procedimentos são semelhantes ao arco superior (Figura 9).

Oclusão

A oclusão foi avaliada com base nas medidas do *overjet* maxilar anterior, do *overjet* mandibular anterior, da mordida-aberta vertical anterior e da relação molar anteroposterior. Foram utilizados os seguintes os códigos e suas respectivas condições:

- **Overjet Maxilar Anterior:** A relação horizontal entre os incisivos foi medida com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI, posicionada em plano paralelo ao plano oclusal. O *overjet* é a distância, em mm, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente.

O *overjet* maxilar não é registrado se *todos* os incisivos (superiores) foram perdidos ou se apresentam mordida cruzada lingual. Quando a mordida é do tipo “topo-a-topo” o valor é “0” (zero).

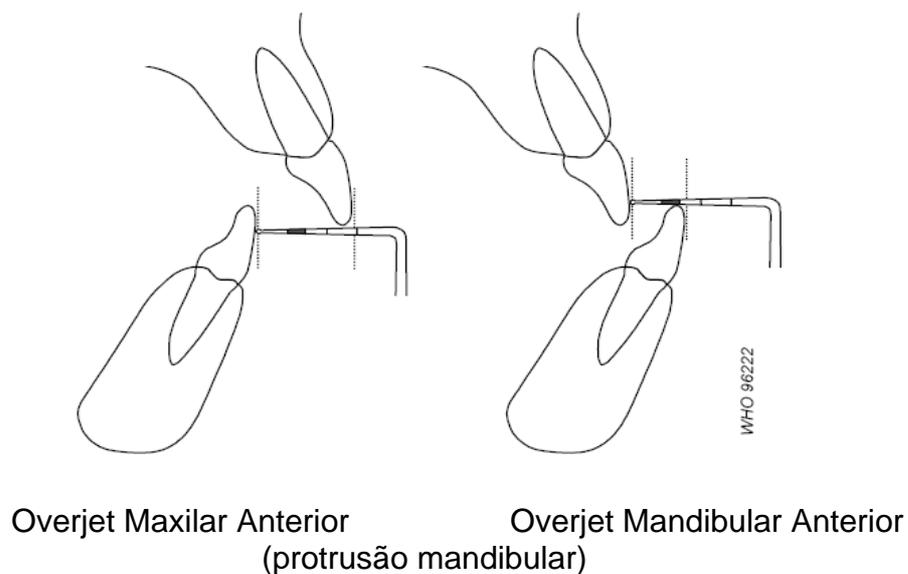


Figura 10. Medição do overjet maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI.

- **Overjet Mandibular Anterior:** O *overjet* mandibular foi caracterizado quando algum incisivo inferior se posicionava anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, foi medida com a sonda CPI e registrada em milímetros. Os procedimentos para mensuração foram os mesmos descritos para o *overjet* maxilar. Não foram consideradas as situações em que havia giroversão de incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento (Figura 10).

- **Mordida Aberta Vertical Anterior:** Considerada quando havia falta de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos. O tamanho da distância entre os bordos incisais foi medido com a sonda CPI e o valor, em mm, registrado no campo correspondente (Figura 11).

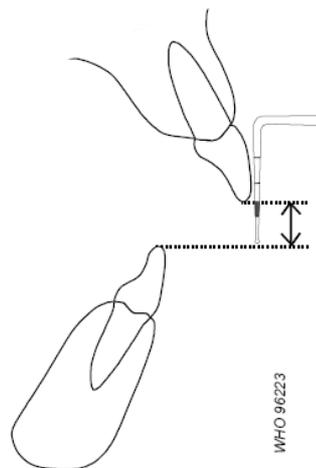
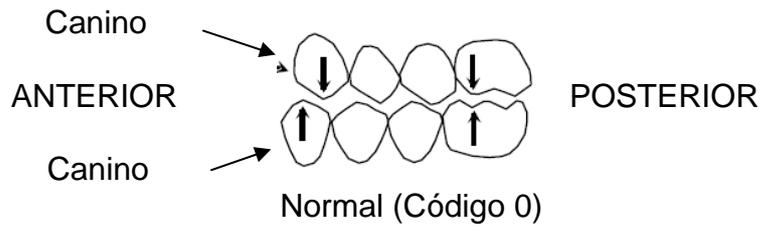
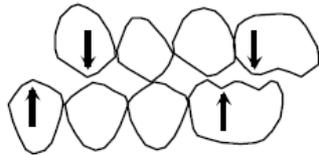


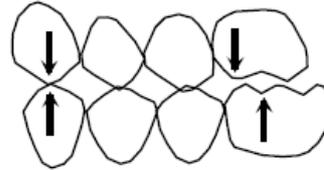
Figura 11. Medição da mordida aberta vertical anterior com a sonda CPI.



Código 1

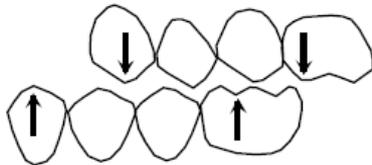


Molar inferior está a meia cúspide mesialmente de sua relação normal

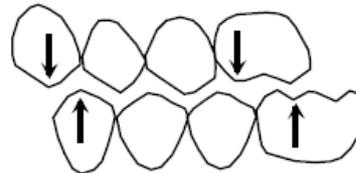


Molar inferior está a meia cúspide distalmente de sua relação normal

Código 2



Molar inferior está a uma cúspide ou mais mesialmente de sua relação normal



Molar inferior está a uma cúspide ou mais distalmente de sua relação normal

Figura 12. Avaliação da relação molar ântero-posterior.

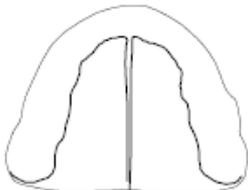
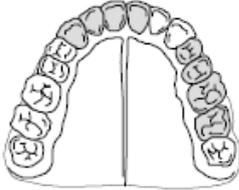
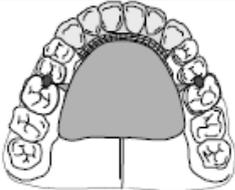
Relação Molar Antero-Posterior – A avaliação é feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível porque um ou ambos estão ausentes, não completamente erupcionados, ou alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são empregados (Figura 12):

Edentulismo

Uso e necessidade de prótese

A avaliação foi feita quanto ao uso e à necessidade, os quais têm como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo podia estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). Para o uso de prótese foram utilizados os seguintes índices:

Tabela 1: Códigos e critérios para uso de prótese

		Uso de prótese		
Código	Critério	Exemplos		
0	Não usa prótese dentária			
		Nenhum espaço protético	Desdentado parcial, mas sem prótese presente	Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa			
		Uma ponte fixa posterior	Uma ponte fixa anterior	
2	Usa mais do que uma ponte fixa			
		Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)		
3	Usa prótese parcial removível			
		Prótese Parcial Removível anterior		

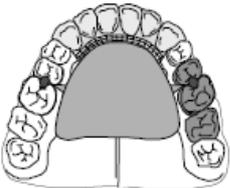
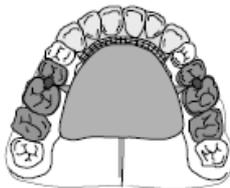
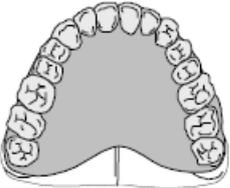
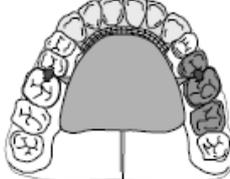
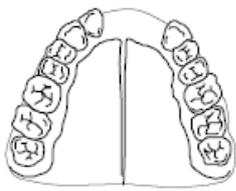
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis		
		Prótese removível anterior e ponte fixa posterior	Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total		
		Prótese total	
9	Sem informação		

Tabela 2: Códigos e critérios para necessidade de uso de prótese

Necessidade de Prótese				
Código	Critério	Exemplos		
0	Não necessita de prótese dentária			
		Todos os dentes presentes	Espaços protéticos presentes com prótese	Desdentado total mas com presença de prótese
1	Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento			
		Espaço protético unitário anterior	Espaço protético unitário posterior	

<p>2</p>	<p>Necessita uma prótese, fixa ou removível,</p>	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p>	 <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
<p>3</p>	<p>Necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis.</p>	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>	
<p>4</p>	<p>Necessita prótese dentária total</p>	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>	
<p>9</p>	<p>Sem informação</p>		

Cárie dentária e necessidade de tratamento

Para o exame foi respeitada a seguinte seqüência de exame: iniciando pelo terceiro molar superior direito, seguindo até o incisivo central direito (18 ao 11). Em seguida, examinou-se do incisivo central superior esquerdo até o terceiro molar superior esquerdo (21 ao 28). No arco inferior, iniciou-se pelo terceiro molar inferior esquerdo seguindo até o incisivo central inferior esquerdo (48 ao 41); depois, do incisivo central inferior direito para o terceiro molar inferior direito (31 ao 38) . Ao final de cada quadrante o examinador fez uma pausa e disse “check”, para que o anotador conferisse se existiu algum campo em branco. Após esta confirmação o anotador responde

ao examinador “check”, permitindo a continuação do exame. Caso contrário, o exame deve ser refeito.

Os códigos utilizados foram:

Tabela 3- Descrição dos códigos para condições de dentes decíduos e permanentes

Código			Condição / Estado
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado mas com cárie
D	3	3	Restaurado e sem cárie
E	4	N/A	Perdido devido à cárie
F	5	N/A	Perdido por outras razões
G	6	N/A	Apresenta selante
H	7	T	Apoio de ponte ou coroa
K	8	8	Não Erupcionado – Raiz não exposta
T	T	N/A	Trauma (Fratura)
L	9	9	Dente excluído

Tabela 4 - Códigos de condições de dentes decíduos e permanentes

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Pulpar mais restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

Questionário de Informações

Após o levantamento das necessidades odontológicas foi aplicado nos indivíduos com idade igual ou superior a 12 anos um questionário com questões fechadas sobre o acesso a serviços odontológicos. (ANEXO 3)

As questões eram referentes se o paciente já havia ido ao dentista alguma vez, há quanto tempo foi a última consulta, que tipo de serviço ele procurou, qual foi o motivo que o fez procurar, como ele avaliou o tratamento,

se recebeu alguma informação sobre saúde bucal e se ele considera que necessita de tratamento.

Questionário de Autopercepção em saúde bucal.

A autopercepção dos indivíduos com idades iguais ou superiores à 12 anos foi avaliada com questões referentes à classificação de sua saúde bucal, à aparência dos dentes e gengivas, à mastigação, à fala, à relação entre sua saúde bucal e o relacionamento com outras pessoas, bem como quanto à presença de dor nos dentes nos últimos 6 (seis) meses.

c) Informações Fonoaudiológicas

O atendimento foi realizado aos alunos da Casa do Garoto Rogacionista e seus familiares em seus próprios domicílios, em horários pré-agendados. A equipe contou com duas fonoaudiólogas, que atuaram em conjunto com a equipe odontológica nas visitas domiciliares. A atuação fonoaudiológica contou com entrevista e triagem, bem como orientações e encaminhamentos necessários.

A proposta do programa foi explicada aos pais e/ou responsáveis em reunião, juntamente com a assistente social da instituição. As famílias que concordaram em participar deixaram seus contatos para que as visitas pudessem ser agendadas. Ao chegar aos domicílios, os objetivos foram novamente esclarecidos, e foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Após tais procedimentos os sujeitos foram submetidos ao processo de triagem para a caracterização do perfil fonoaudiológico.

Inicialmente, foi realizada anamnese específica quanto aos diversos aspectos fonoaudiológicos, enfocando os distúrbios da comunicação, suas prováveis etiologias e conseqüências. (Anexo 5)

Foram aplicados protocolos de triagem fonoaudiológica desenvolvido pelas próprias pesquisadoras, abordando os aspectos de linguagem, audição, voz e motricidade oral em todos os membros da família, sendo bebês, crianças, adultos, idosos ou gestantes.

A triagem relacionou todos os aspectos fonoaudiológicos. Os itens da linguagem oral foram avaliados por meio de conversa espontânea, bem como a compreensão do discurso. A linguagem escrita foi avaliada apenas com as

crianças alfabetizadas, sendo alunos da Casa do Garoto Rogacionista ou não, por meio de escrita espontânea (redação), ditado e leitura, de acordo com a idade de cada criança.

No que se refere às funções estomatognáticas, foram investigadas a mastigação, a deglutição, a respiração e a fonoarticulação. Para avaliação da mastigação e da deglutição, uma bolacha do tipo “Maria” foi oferecida aos indivíduos, enquanto comiam a bolacha, as pesquisadoras observavam o modo e o tempo mastigatório, e em seguida, se a deglutição estava adequada ou alterada. A respiração foi avaliada por meio de observação de movimentação do trato respiratório (abdômem, caixa torácica e costelas), além de posição dos órgãos fonoarticulatórios durante a produção oral e no repouso. A fonoarticulação foi avaliada por meio de conversa espontânea e a musculatura oro-facial também foi avaliada, por palpação.

Em relação à triagem auditiva, inicialmente foi utilizado o decibelímetro com o intuito de verificar o ruído ambiental e as condições ideais para a realização do exame, para tal foi escolhido o cômodo com menos ruído na casa. Em seguida, utilizando o otoscópio foi visualizado o meato acústico externo e a membrana timpânica, com o audiômetro pediátrico (PA-5) adaptado ao fone TDH-39, foram investigados os limiares auditivos em 500 Hz, 1kHz, 2kHz e 4kHz, de 20 a 80 dB, sendo que os intervalos das medições eram feitos de 10 em 10 dB, de acordo com as especificações do equipamento. O indivíduo foi orientado a levantar a mão assim que ouvisse o estímulo auditivo, para crianças menores (em média até 5 anos) foi utilizado o recurso lúdico, como acenar ou bater palmas assim que percebesse o estímulo e para aquelas com menos de três anos, a audição foi investigada pela avaliação comportamental, em que estímulos auditivos, como os Sons de Ling (/a/, /i/, /u/, /m/, /s/, /ç/) e as palmas foram aplicados e as reações da criança puderam ser observadas, como atenção, localização, procura e imitação.

Durante o período de triagem todos os sujeitos identificados com qualquer desordem da comunicação foram encaminhados aos atendimentos competentes, de acordo com as necessidades apresentadas. Aqueles com alterações fonoaudiológicas significativas foram inseridos em lista de espera na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP.

No trabalho em questão, não houve atuação fonoaudiológica reabilitadora domiciliar, ficando a atuação restrita às orientações e aos encaminhamentos, além do levantamento das possíveis alterações fonoaudiológicas na população atendida, isso se deveu ao curto período em que o trabalho foi desenvolvido e por não fazer parte dos objetivos específicos do trabalho.

Esse trabalho abre espaço para a inserção da Fonoaudiologia nas equipes do Programa Saúde da Família do Sistema Único de Saúde, sendo que a atuação de tal profissional é de suma importância na detecção precoce e prevenção de alterações, nos mais variados níveis da comunicação humana. Novos trabalhos devem ser desenvolvidos no âmbito da Saúde Pública, para que a Fonoaudiologia tenha o destaque merecido na atenção básica à saúde.



Fig 13. Avaliação de linguagem escrita.



Fig 14. Avaliação de linguagem escrita.



Fig 15. Avaliação de audição utilizando PA5



Fig 16. Meatoscopia.

4.6 - Atividades educativas-preventivas

Foram realizadas atividades educativo-preventivas ao final de cada visita, contemplando as áreas de saúde bucal e fonoaudiológica.

No que se refere a odontologia, foram utilizados: macro-modelo odontológico, escova de dente e fio-dental para as instruções de higiene bucal. A abordagem sobre estes temas foi feita de maneira lúdica para propiciar a todos os familiares o entendimento sobre o assunto e assimilação das técnicas empregadas.

Com relação à Fonoaudiologia, as orientações enfocaram as diversas áreas do conhecimento: a comunicação oral e gráfica, o desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem, os cuidados pré-natal e a importância da amamentação às gestantes, a saúde auditiva e a exposição ao ruído, os cuidados com a voz, a gagueira e as alterações de fala, as doenças degenerativas, como Alzheimer e Parkinson e o Acidente Vascular Cerebral e suas conseqüências na comunicação e no comportamento. Todas as orientações foram direcionadas de acordo com as expectativas de cada família, visando à promoção da saúde geral e a detecção precoce de possíveis alterações.



Fig. 17 – Orientação de higiene bucal



Fig. 18 – Instruções em macro modelo



Fig. 19 – Instrução de Higiene Bucal



Fig. 20 – Preenchimento do Termo de Consentimento

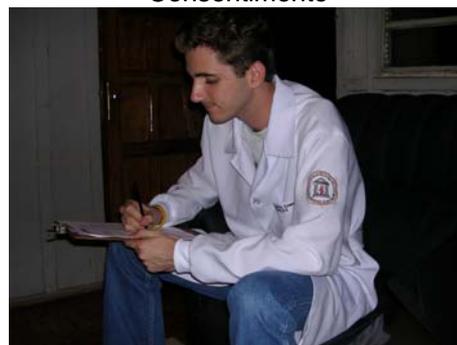


Fig. 21 – Preenchimento dos encaminhamento: **Fig. 22** – Preenchimento dos encaminhamento:

4.7 – Encaminhamento para tratamento

Após o levantamento das necessidades, os pacientes que necessitavam de atendimento odontológico eram encaminhados para a clínica odontológica da Entidade Casa do Garoto, onde eles seriam atendidos pelos alunos do quarto ano de odontologia da FOB/USP em casos mais simples que não envolvesse alto grau de especialidade.

Os casos de maior grau de complexidade (exodontias, próteses, endodontia ou periodontia) eram encaminhados para o setor de triagem para o agendamento dentro da rotina das da FOB/USP.

Todos os pacientes encaminhados recebiam uma ficha de encaminhamento que seria apresentado no ato do agendamento do tratamento. Esta ficha continha todas as necessidades de tratamento, separados por especialidades para facilitar o atendimento, dispensando nova triagem.

4.8 - Avaliação do Grau de Satisfação

Foi avaliado o grau de satisfação das famílias que participaram da pesquisa por meio de um questionário (ANEXO 4). As entrevistas foram realizadas mediante contato telefônico, aproximadamente três meses após a visita domiciliar.

O período de três meses foi estabelecido devido ao tempo necessário para que o paciente pudesse ter acesso ao tratamento clínico, caso tenha sido encaminhado, e para que os conhecimentos adquiridos sobre saúde bucal pudessem ser assimilados e colocados em prática na vida cotidiana.

4.9 - Análise dos dados

Neste estudo, utilizou-se análise descritiva para avaliar as condições de saúde bucal e fonoaudiológica das famílias, por meio da distribuição de freqüências absolutas (números) e relativas (porcentagens) apresentadas em gráficos e tabelas, sendo que os dados foram tabulados em Excel versão 2003.



RESULTADOS

5 - RESULTADOS

5.1 Planejamento de Atividades

O planejamento das atividades que resultaram na elaboração e implementação do programa PSF-Universidade, no que se refere à identificação das necessidades e motivação das famílias quanto à assistência à saúde bucal e fonoaudiológica, destinado às famílias das crianças matriculadas na Entidade Casa do Garoto Rogacionista, baseou-se no Programa Saúde da Família do SUS. É importante destacar que o desenvolvimento do programa foi condizente com a realidade universitária de um curso de graduação e encontra-se detalhadamente descrito no capítulo “Materiais e Métodos” deste trabalho.

5.2 Caracterização das famílias:

Foram visitadas 51 famílias que compreenderam 213 indivíduos, dos quais três se recusaram a participar da pesquisa no momento da visita, o que totalizou 210 participantes. A distribuição dos bairros de Bauru visitados durante a pesquisa encontra-se descrita na Tabela 05

Tabela 05. Distribuição da frequência, em número (n) e porcentagem (%), das famílias visitadas, de acordo com o bairro ao qual pertenciam.

Bairros	n	%
Pousada da Esperança	01	01,96
Pousada 1	06	11,76
Parque São Geraldo	09	17,65
Santa Cecília	05	09,80
Parque Vista Alegre	07	13,73
Jardim TV	01	01,96
Jardim Godoy	04	07,84
Vila Garcia	04	07,84
Parque City	01	01,96
Jardim Araruma	01	01,96
Vila Cardia	01	01,96
Jardim Marília	09	17,65
Jardim Ivone	01	01,96
Núcleo José Regino	01	01,96
TOTAL	51	100,00

Na figura 24, por meio do mapa da cidade de Bauru, pode-se visualizar os bairros participantes do estudo.

A média das idades dos participantes variou entre quatro meses e 78 anos, sendo que a média foi de 26 anos.

A distribuição dos participantes por grupos etários encontra-se descrita na Tabela 06.

Tabela 06. Distribuição da frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao gênero, grupos etário e étnico dos participantes.

Gênero	n	%
Feminino	108	50,70
Masculino	105	49,30
Grupo Etário		
0 a 2	05	02,35
3 a 9	47	22,07
10 a 19	45	21,13
20 a 29	20	09,39
30 a 49	69	32,39
50 a 78	27	12,68
Grupo étnico		
Amarelo	00	00,00
Branco	108	50,70
Negro	34	15,96
Pardo	71	33,33
Indígena	-	-
TOTAL	213	100,00

As rendas familiar e per capita das famílias, apresentadas em valores máximos, mínimos e médios, estão descritas na Tabela 07.

Tabela 07. Renda familiar e per capita dos participantes da pesquisa.

	Máxima	Mínima	Média
Renda familiar	R\$ 1.400,00	R\$ 150,00	R\$ 645,39
Renda per capita	R\$ 666,67	R\$ 21,43	R\$ 154,71

Os tipos de moradias das famílias, apresentados em valores máximos, mínimos e médios, encontram-se descritos na Tabela 08. É importante destacar que cada casa apresentava uma média de cinco cômodos, sendo que todas apresentavam energia elétrica.

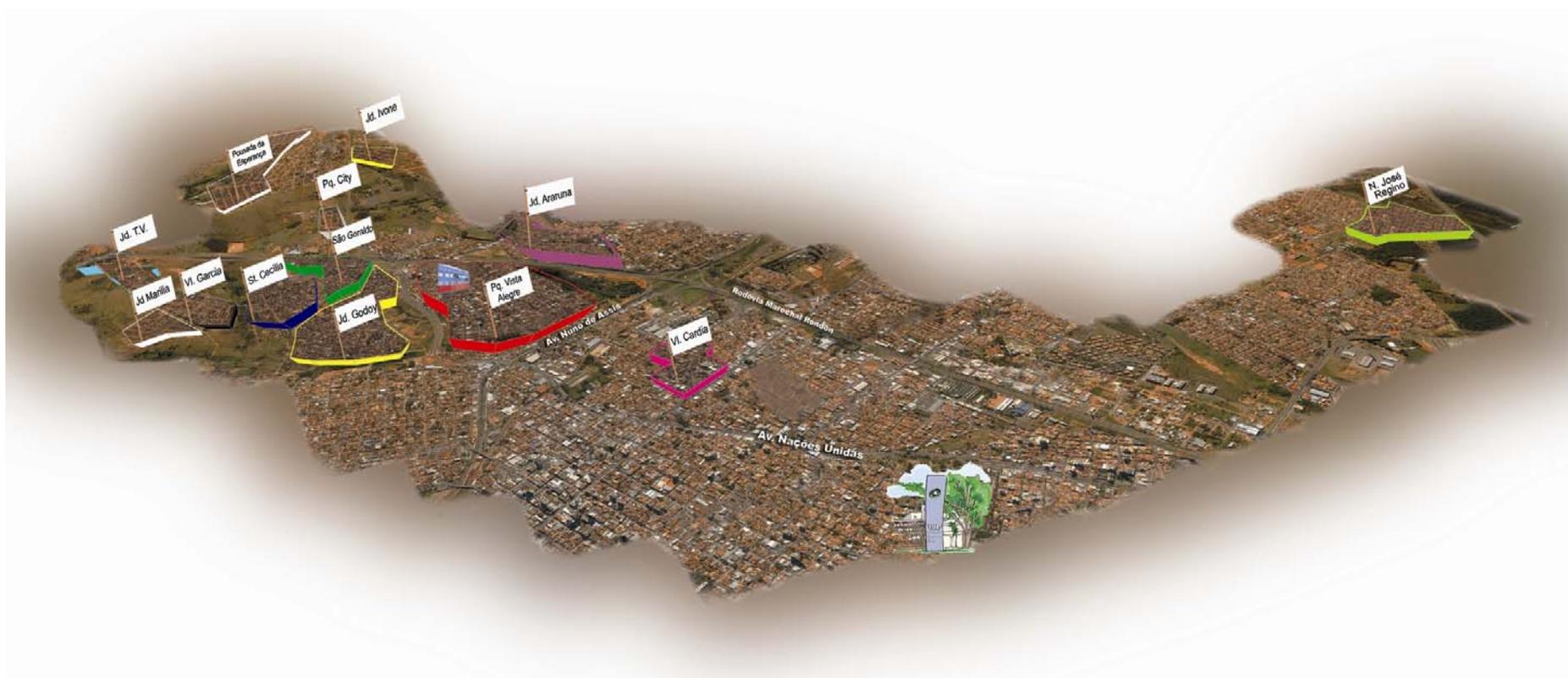


Figura 23. Mapa urbano de Bauru, com os bairros visitados durante a pesquisa.

Tabela 08. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), dos tipos de casa das famílias participantes da pesquisa.

Tipo de Casa	n	%
Tijolo	41	80,39
Taipa Revestida	00	00,00
Taipa não Revestida	00	00,00
Madeira	10	19,61
Material Aproveitado	00	00,00
Outros	00	00,00
Total	51	100,00

Os meios pelos quais acontecia o destino do lixo das famílias encontram-se descritos na Tabela 09.

Tabela 09. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino do lixo das residências.

Destino do Lixo	n	%
Coletado	50	98,04
Queimado	01	01,96
Céu Aberto	00	00,00
Total	51	110

Os meios de tratamento da água de beber empregados nos domicílios estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma de tratamento de água de beber no domicílio.

Tratamento da água	n	%
Filtrado	18	35,29
Fervura	02	03,92
Cloração	00	00,00
Sem Tratamento	31	60,78
Total	51	100

As questões de saneamento básico com relação ao abastecimento de água e destino das fezes nos domicílios encontram-se descritos nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 11. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma do abastecimento de água no domicílio.

Abastecimento	n	%
Rede	47	92,16
Poço	04	07,84
Total	51	100,00

Tabela 12. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino das fezes nos domicílios.

Destino	n	%
Rede	51	100,00
Fossa	00	00,00
Total	51	100,00

O tipo de assistência à saúde que as famílias procuram em caso de doença, encontra-se descrito na Tabela 13.

Tabela 13. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao tipo de assistência à saúde que a família procura em caso de doença.

Em caso de doença	n	%
Hospitais	05	09,80
UBS	44	86,27
Benzedeira	00	00,00
Farmácia	02	03,92
Total	51	100,00

Os meios de comunicação utilizados pelas famílias em suas residências, encontram-se descritos na Tabela 14. É importante destacar que o número dos meios de comunicação foi superior ao número das famílias, em função da ocorrência de várias respostas para uma mesma família.

Tabela 14. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos meios de comunicações utilizados nas residências pelas famílias.

Em caso de doença*	n	%
Televisão	47	92,16
Rádio	44	86,27

Internet	02	03,92
Jornal	01	01,96

A participação dos membros das famílias em grupos comunitários encontra-se descrita na Tabela 15. É importante destacar que uma família participava de dois grupos.

Tabela 15. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à participação das famílias em grupos comunitários.

Grupos Comunitários	n	%
Cooperativas	00	00,00
Grupo Religioso	16	31,37
Associação	02	03,92
Não Participa	34	66,67

Os tipos de transporte utilizados pelas famílias encontram-se descritos na Tabela 16. É importante ressaltar que cinco famílias utilizavam mais de um transporte.

Tabela 16. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos tipos de meios de transportes utilizados pelas famílias.

Meios de Transporte	n	%
Ônibus	46	90,20
Caminhão	00	00,00
Carro	02	03,92
Carroça	00	00,00
Moto	04	07,84
Bicicleta	03	05,88

Os dados referentes ao número dos membros das famílias que já foram ao dentista alguma vez, encontram-se descrito na Tabela 17.

Tabela 17. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à visita prévia ao cirurgião-dentista.

Já foi ao Dentista alguma vez?	n	%
Sim	189	99,47
Não	01	00,53
TOTAL	190	100

Quando questionados sobre o tempo em que os membros das famílias não procuram um cirurgião-dentista para uma consulta, as respostas obtidas podem ser observadas na Tabela 18.

Tabela 18. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao tempo referido pelos participantes que não consultam um cirurgião-dentista.

Há quanto tempo	n	%
Nunca foi ao dentista	01	00,53
Menos de 1 ano	111	58,42
De 1 a 2 anos	33	17,37
3 ou mais anos	45	23,68
TOTAL	190	100

O local onde os membros das famílias procuraram serviço odontológico pela última vez, encontra-se descrito na Tabela 19.

Tabela 19. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao local procurado, pela última vez, pelos participantes que necessitavam do serviço odontológico.

Onde procurou o serviço	n	%
Nunca foi ao dentista	01	00,53
Serviço público	56	29,47
Serviço privado liberal	49	25,79
Serviço privado (planos)	07	03,68
Serviço Filantrópico	77	40,53
Outros	00	00,00
TOTAL	190	100

As causas que levaram os membros das famílias a procurarem um cirurgião-dentista encontram-se descritos na Tabela 20.

Tabela 20. Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto às causas que levaram as famílias a procurarem um cirurgião-dentista.

Causas	n	%
Nunca foi ao dentista	01	00,53
Consulta de rotina / reparos / manutenção	70	36,84
Dor	64	33,68
Sangramento gengival	02	01,05
Cavidades nos dentes	21	11,05

Feridas, caroços ou manchas na boca	01	00,53
Outros	31	16,32
TOTAL	190	100

Os dados referentes à qualidade do último atendimento realizado pelos membros das famílias encontram-se descritos na Tabela 21.

Tabela 21. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à qualidade do último atendimento realizado.

Como avalia o atendimento?	n	%
Nunca foi ao dentista	01	00,53
Péssimo	07	03,68
Ruim	04	02,11
Regular	28	14,74
Bom	104	54,74
Ótimo	46	24,21
TOTAL	190	100

Os dados referentes às informações recebidas no último atendimento sobre como evitar problemas bucais, estão descritos na Tabela 22.

Tabela 22. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto às informações recebidas sobre como evitar problemas bucais.

Recebeu informação?	n	%
Sim	71	37,37
Não	119	62,63
TOTAL	190	100

A auto-percepção dos membros das famílias sobre a necessidade de tratamento odontológico estão descritos na Tabela 23.

Tabela 23. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à auto percepção da necessidade de tratamento atualmente.

Necessidade de tratamento	n	%
SIM	153	80,53
NÃO	37	19,47
TOTAL	190	100

A auto-classificação sobre a saúde bucal dos membros das famílias estão descritas na Tabela 24.

Tabela 24. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à auto-classificação sobre saúde bucal.

Auto-classificação sobre saúde bucal	n	%
Não Sabe / Não Informou	05	02,63
Péssimo	40	21,05
Ruim	21	11,05
Regular	60	31,58
Boa	51	26,84
Ótimo	13	06,84
TOTAL	190	100

A auto-percepção dos membros das famílias sobre como classificam a aparência de seus dentes e gengivas, estão descritas na Tabela 25.

Tabela 25. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à percepção dos participantes sobre a aparência de seus dentes e gengivas.

Auto-percepção sobre dentes e gengivas	n	%
Não Sabe / Não Informou	06	03,16
Péssima	35	18,42
Ruim	24	12,63
Regular	59	31,05
Boa	54	28,42
Ótima	12	06,32
TOTAL	190	100

A classificação da mastigação mediante a auto-percepção dos membros das famílias está descrita na Tabela 26.

Tabela 26. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao modo de classificação de sua mastigação.

Classificação da mastigação	n	%
Não Sabe / Não Informou	00	00,00
Péssimo	22	11,58
Ruim	15	07,89
Regular	34	17,89
Boa	97	51,05
Ótimo	22	11,58
TOTAL	190	100

A classificação dos dentes e gengivas mediante a autopercepção dos membros das famílias estão descritas na Tabela 27.

Tabela 27. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%) de como classificaria a sua fala devido aos dentes e gengivas.

Classificação	n	%
Não Sabe / Não Informou	02	01,05
Péssimo	07	03,68
Ruim	10	05,26
Regular	34	17,89
Boa	103	54,21
Ótimo	34	17,89
TOTAL	190	100

Os dados relacionados ao quanto a saúde bucal dos membros das famílias afetam no relacionamento com outras pessoas, estão descritas na Tabela 28.

Tabela 28. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma como a saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas.

Quanto a saúde bucal afeta o relacionamento	n	%
Não Sabe / Não Informou	07	03,68
Não afeta	126	66,32
Afeta pouco	15	07,89
Afeta mais ou menos	21	11,05
Afeta muito	21	11,05
TOTAL	190	100

Com referencia à quantidade de dores e dentes e gengivas que os membros das famílias tiveram nos últimos seis meses, os resultados podem ser observados na Tabela29.

Tabela 29. Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), com relação à quantidade de dores de dentes e gengivas ocorridas nos últimos seis meses.

Dores de dentes e gengivas	n	%
Nenhuma dor	124	65,26
Pouca dor	19	10,00

Média dor	17	08,95
Muita dor	30	15,79
TOTAL	190	100

5.3 Identificação das necessidades

5.3.1 Condições de Saúde Bucal

A distribuição entre crianças com a mesma idade entre 7 e 15 atendidas pelo projeto durante as visitas domiciliares, quantificadas em alunos e não alunos estão descritas na Tabela 30.

Tabela 30. Quantidade, média e desvio padrão das crianças com idade entre 7 e 15 anos, distribuídas entre alunos e não alunos.

	n	média	dp
Alunos	63	10,08	1,90
Não alunos	16	10,56	2,73

O CEO e o CPOD das crianças entre 7 e 15 anos apresentados entre alunos e não alunos, encontram se descritos na Tabela 31.

Tabela 31. Média, desvio padrão e teste t, para comparação entre os grupos de alunos e não alunos.

	Alunos		Não Alunos			t
	média	dp	média	dp	p	
CEO	0,84	1,52	0,25	0,68	0,134	1,516
CPOD	0,97	1,61	1,88	2,03	0,060	-1,909
CEO+CPOD	1,81	2,30	2,13	1,96	0,616	-0,504

O CPOD dos alunos divididos quanto ao gênero, bem como, os livres de cárie encontram-se descritos na Tabela 32

Tabela 32. CPOD dos alunos divididos pelo gênero e número de livres de cárie com percentual.

CPOD	CPOD Alunos		Livres de cárie	
	Masc	Fem	n	%
1,81	1,75	2,43	20	31,55%

O CPOD dos não alunos divididos por faixa etária, encontram-se descritos na Tabela 33

Tabela 33. CEO, CPOD e CEO +CPOD dos não alunos divididos pro grupo etário.

Grupo etário	n	CEO		CPOD		CEO+CPOD	
		média	dp	média	dp	média	dp
0 a 2	05	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00
3 a 9	19	1,4	2,89	0,16	0,37	1,53	2,87
10 a 19	10	0,0	0,0	3,70	1,77	3,70	1,77
20 a 29	20	0,0	0,0	8,35	5,46	8,35	5,46
30 a 49	68	0,0	0,0	18,57	7,71	18,57	7,71
50 a 78	27	0,0	0,0	27,93	6,93	27,93	6,93

5.3.2 Anormalidades dentofaciais

Os dados referentes às anomalias dentofaciais compõe-se pela amostra dos hebiatras com idade entre 12 e 19 anos (n=23) constituídos por: dentição, apinhamento e espaçamento na região de incisivos, diastema, desalinhamento maxilar e mandibular, overjet maxilar e mandibular, mordida aberta e relação molar. Esses resultados encontram-se descritos nas Tabelas 34,35, 36 e 37.

Tabela 34. Distribuição de freqüências, em número (n), porcentagem (%), referentes ao número de incisivos, caninos e pré-molares extraídos que provocam problemas no arco superior e inferior.

	n	%
Arco Superior	0	0
Arco Inferior	0	0

Tabela 35. Distribuição de freqüências, em número (n), porcentagem (%), referentes aos apinhamentos e espaçamentos dentais por segmento.

	Apinhamento		Espaçamento	
	n	%	n	%
Não apresenta	12	52,17	21	91,30
Apenas em 1 segmento	08	34,78	02	08,70
Nos 2 segmentos	03	13,04	00	00,00
Sem informação	00	00,00	00	00,00
TOTAL	23	100	23	100

Tabela 36. Distribuição de freqüências, em número (n), porcentagem (%), quanto ao diastema, desalinhamento maxilar, desalinhamento mandibular, overjet maxilar, overjet mandibular e mordida aberta.

	Diastema		Desal. Maxilar		Desal. Mandibular		Overjet Maxilar		Overjet Mandibular		Mordida Aberta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 mm	20	86,96	14	60,87	15	65,22	3	13,04	22	95,65	21	91,30
1 mm	2	8,70	2	8,70	4	17,39	1	4,35	0	0,00	0	0,00
2 mm	1	4,35	3	13,04	1	4,35	5	21,74	0	0,00	0	0,00
3 mm	-	-	3	13,04	2	8,70	7	30,43	1	4,35	2	8,70
4 mm	-	-	1	4,35	1	4,35	3	13,04	-	-	-	-
5 mm	-	-	-	-	-	-	2	8,70	-	-	-	-
6 mm	-	-	-	-	-	-	1	4,35	-	-	-	-
7 mm	-	-	-	-	-	-	1	4,35	-	-	-	-
8 mm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 mm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 37. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à relação molar ântero-posterior.

	n	%
Normal	10	43,48
Meia Cúspide	12	52,17
Sem Informação	01	04,35

5.3.3 Edentulismo

Os dados referentes ao edentulismo são compostos pela amostra dos adultos (n=63) com idade acima de 35 anos, compreendendo: uso e necessidade de prótese em ambos os arcos e encontram-se descritos nas Tabelas 38 e 39.

Tabela 38. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao uso de prótese superior.

	Superior		Inferior	
	n	%	n	%
Não usa	23	36,51	45	71,43
Uma ponte fixa	04	06,35	02	03,17
Mais de P. fixa	00	00,00	00	00,00
P. parcial removível	09	14,29	03	04,76
P. fixa + removível	02	3,17	03	04,76
Prótese Total	25	39,68	09	14,29
Sem informação	00	00,00	01	01,59
Total	63	100	63	100

Tabela 39. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à necessidade de prótese superior.

	Superior		Inferior	
	N	%	n	%
Não necessita	16	25,40	14	22,22
Prótese 1 elemento	02	03,17	00	00,00
Mais de 1 elemento	15	23,81	25	39,68
Combinação de próteses	06	09,52	10	15,87
Prótese Total	24	38,10	13	20,63
Sem Informação	00	00,00	01	01,59
Total	63	100	63	100

5.3.4 Condições fonoaudiológicas

No que se refere à avaliação fonoaudiológica, os resultados podem ser visualizados na tabela 40.

Tabela 40. Distribuição da freqüência, em número (n) e porcentagem (%), dos achados da avaliação fonoaudiológica.

Aspectos	Normal		Inadequado		Não realizado	
	n	%	n	%	n	%
Fala/ linguagem oral	156	74,28	32	15,24	22	10,48
Fluência	183	87,14	05	02,38	22	10,48
Voz	148	70,48	40	19,04	22	10,48
Mastigação	166	79,05	34	16,19	10	04,76
Deglutição	186	88,57	04	01,91	20	09,52
Respiração	143	68,09	47	22,38	20	09,52
Musculatura orofacial	164	78,09	26	12,39	20	09,52
Ditado	13	18,05	59	81,95	00	00,00
Escrita	30	41,67	42	58,33	00	00,00
Leitura	54	75,00	18	25,00	00	00,00
Acuidade auditiva	164	78,09	31	14,77	15	07,14
Pavilhão auricular	199	94,76	00	00,00	11	05,24
Meatoscopia OD	170	80,95	29	13,81	11	05,24
Meatoscopia OE	172	81,90	27	12,86	11	05,24
Membrana timpânica OD	172	81,90	27	12,86	11	05,24
Membrana timpânica OE	174	82,86	25	11,90	11	05,24

5.4 Grau de satisfação

A avaliação sobre o grau de satisfação das famílias ocorreu três meses após as visitas domiciliares, por meio de contato telefônico feito novamente com a mãe e, na falta dela, com um responsável pelo domicílio.

Quando perguntado às famílias sobre sua satisfação com o Projeto PSF-Universidade, pediu-se para que fosse dado uma nota de 0 a 10. Verificou-se que a nota mínima foi 7 e a máxima foi 10, o que representou uma média de 9,41.

Os dados referentes ao horário mais importante para escovar os dentes, encontram-se descritos na Tabela 41.

Tabela 41. Distribuição de frequências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao horário de escovação mais importante do dia.

	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Ao acordar	24	47,00	10	20,00
Após o almoço	09	18,00	01	02,00
Antes de dormir	18	35,00	40	78,00
TOTAL	51	100	51	100

Durante as visitas domiciliares foram realizadas ações motivadoras sobre saúde bucal. As tabelas de número 42 a 43 apresentam as questões abordadas antes das ações e três meses após a visita.

Os dados referentes ao uso do fio dental pelas famílias, encontram-se descritos na Tabela 42.

Tabela 42. Distribuição de frequências, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao uso de fio dental regularmente.

	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Usava	26	51,00	43	84,00
Não Usava	25	49,00	08	16,00
TOTAL	51	100	51	100

O sangramento durante a higienização bucal pelas famílias, encontra-se descritos na Tabela 43.

Tabela 43. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%) quanto ao sangramento gengival durante a higienização bucal.

	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Sangra	19	37,00	10	20,00
Não Sangra	32	63,00	41	80,00
TOTAL	51	100	51	100

A importância dada pelas famílias à saúde bucal encontra-se descrita na Tabela 44.

Tabela 44. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto a importância da Saúde Bucal.

	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Grande	34	67,00	49	96,00
Média	17	33,00	02	04,00
Pouca	00	00,00	00	00,00
TOTAL	51	100	51	100

A mudança nos hábitos de higiene bucal após as orientações, encontra-se descrita na Tabela 45.

Tabela 45. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à mudança nos hábitos de higiene bucal.

Hábitos de higiene bucal	n	%
Mudou	44	86
Não Mudou	7	14
TOTAL	51	100

A mudança nos hábitos de escovação e uso do fio dental após as orientações, encontra-se descrita na Tabela 46.

Tabela 46. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à mudança nos hábitos de escovação e uso do fio dental.

	Escovação		Fio dental	
	n	%	n	%
Mudou	44	86,00	32	63,00
Não mudou	07	14,00	19	37,00
TOTAL	51	100	51	100

As mudanças que ocorreram quanto aos hábitos de saúde bucal nas famílias após as orientações, encontram-se descrita na Tabela 47.

Tabela 47. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto às mudanças nos hábitos de Saúde Bucal.

Hábitos de saúde bucal	n	%
Mais atenção a S. B,	06	12,00
Maior freq. de escovação	13	25,00
Modo de escovar	30	59,00
Nada mudou	02	04,00
TOTAL	51	100

As sugestões dadas pelas famílias para a melhoria da saúde bucal da comunidade, encontram-se descrita na Tabela 48.

Tabela 48. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto a sugestões para a melhoria da saúde bucal da comunidade.

Sugestões	n	%
Mais trabalhos como este	21	41,00
Mais dentistas no posto	07	14,00
Maior volume de atendimento	09	18,00
Maior número de postos	12	24,00
Campanhas escolares	01	02,00
Melhorar ações de Saúde Pública	01	02,00
TOTAL	51	100

O número de famílias que gostariam de receber novas visitas do PSF, encontram-se descrita na Tabela 49.

Tabela 49. Distribuição de freqüências, em número (n) e porcentagem (%), quanto à opinião das famílias se querem ou não receber mais visitas da equipe.

Novas visitas	n	%
Sim	45	88,00
Não	06	12,00
TOTAL	51	100

O número de famílias e pacientes que já iniciaram tratamento nas clínicas odontológicas da FOB-USP, bem como os que ainda estão aguardando, estão escritos no gráfico a seguir.

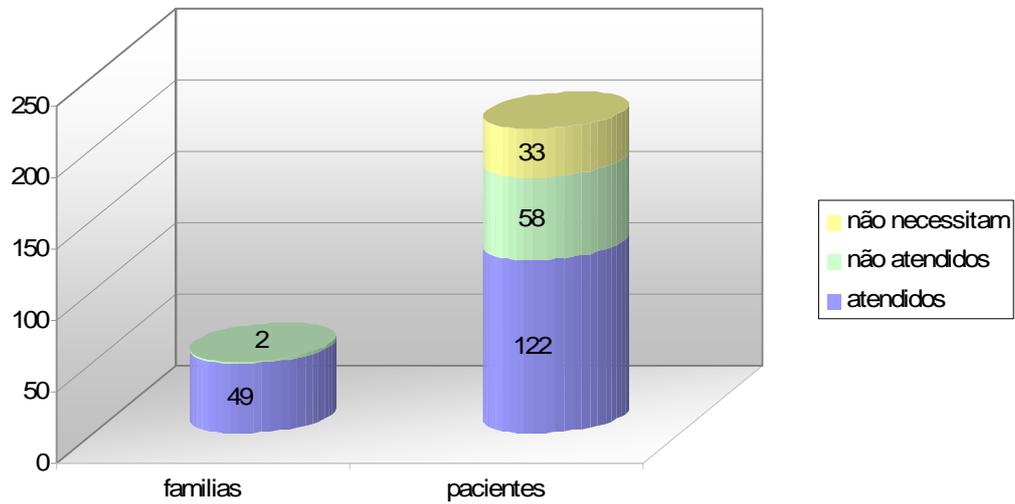


Figura 24. Número de famílias e pacientes atendidos, não atendidos e que não necessitavam de tratamento odontológico.



DISCUSSÃO

6 - DISCUSSÃO

A inclusão da universidade como modelo de construção do SUS é um assunto permanente nas rodas de discussão. Pautado pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO, com base na Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Superior, este assunto vem rendendo debates e desafios para as instituições de ensino.

A universidade tem a função de educar e formar material humano de excelência para o exercício da profissão, como objetivo final a prestação de serviço de saúde a comunidade. Este serviço deve ser prestado como complemento de suas atividades de ensino, visando à formação do aluno.

A competência do Estado, por sua vez, tem como obrigação a prestação de serviços de saúde à comunidade, como descrito no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL¹², 1988):

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

A prestação de serviços de saúde por instituições de ensino, de forma complementar ao Estado, é amparada pela Lei 8.080, principalmente para atividades especializadas.

A inclusão da universidade no SUS deve ter como objetivo principal colocar o aluno de graduação frente às realidades sociais e apresentar as políticas de inserção e de trabalho.

Segundo ARAUJO; FREIRE; PADILHA⁷, 2006:

“Ainda assim, a universidade não deve substituir as instituições oficiais, mas atuar de maneira compartilhada, propondo e agindo de acordo com as pactuações firmadas entre as comunidades, as instancias oficiais e a academia.”

Este projeto, o “PSF-Universidade”, não foi ligado ao SUS, mas pode ser uma célula, uma interface que fará a ligação entre a universidade e o SUS, pois contempla todos os princípios do sistema como: universalidade, integralidade e, principalmente, a equidade.

Para que o desenvolvimento de atividades como esta, que visa à inserção da universidade no SUS, seja feita de forma clara, coerente e natural, deve-se colocar o aluno em contato com este sistema de forma gradual e sistemática, de modo que ele não se frustre, inicialmente, com as realidades. Desse modo, os docentes ou responsáveis por estas atividades devem ter o perfil e formação na área para driblar as intercorrências peculiares da Saúde Coletiva e a manutenção das características.

A formação em Saúde Coletiva do docente é essencial e indispensável, pois encarar o ensino de graduação em situações de campo é uma realidade que diverge da “doutrina” tradicional de sala de aula ou da clínica. Ensinar SUS não é apenas replicar sua filosofia ou legislação, mas fazer com que o aluno transcenda da teoria à prática com embasamento teórico-científico.

A maneira habitual das universidades colocarem seus alunos em contato com a sociedade é por meio de atividades de extensão. Estas atividades são, muitas vezes, deixadas em segundo plano tanto pelos alunos, quanto pelo corpo docente das instituições, pois estas necessitam de formação diferenciada, antropológica, conceitual e humana. A realidade vivida na educação superior de alguns cursos, em especial a Odontologia, mostra-se voltada completamente à técnica e dividida por suas especialidades, longe de um ensino de formação holística.

A construção de um modelo tentativo, dentro da universidade pública brasileira, de inclusão focada às filosofias do SUS no corpo de suas disciplinas, compondo a estrutura de um “PSF-Universidade”, contando com a participação de docentes, alunos de graduação e pós-graduação e visando a implementação do “SUS-Universidade”, é uma realidade a ser alcançada.

O apoio de outros grupos, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é uma meta a ser implantada, em breve, para complementar as equipes no afã da obtenção de equipes de PSF-Universidade completas, em busca dos ideais sugeridos na prática de atenção em saúde no Brasil, conforme a filosofia do SUS.

Por essa razão, este estudo se pautou num projeto de atenção às 51 famílias de crianças regularmente matriculadas em regime de semi-internato na

Entidade Casa do Garoto Rogacionista do município de Bauru, entidade esta, que faz parte das atividades extra-murais da FOB/USP.

Avaliação das Famílias

Utilizou-se neste trabalho apenas uma amostra das crianças para o delineamento experimental do estudo, pois este é um piloto do que posteriormente será estendido a todas as famílias, buscando a equidade da atenção à saúde por meio de uma disciplina de graduação.

Foram visitados 14 bairros, todos situados entre as regiões norte e nordeste do município de Bauru, sendo os mais visitados o Parque São Geraldo e o Jardim Marília. Todos estes bairros ficam nas imediações da Entidade.

A renda familiar média foi de R\$ 645,39, tendo máxima de R\$ 1.400 e mínima de R\$150,00. Apenas sete famílias apresentavam renda familiar inferior a R\$ 300,00.

A renda per capita média foi de R\$ 154,71, tendo máxima de R\$ 666,67 e mínima de R\$ 21,43, sendo que 11 famílias, totalizando 60 pessoas (29,11% do total), apresentavam renda per capita inferior a R\$ 80,00, estando estas abaixo da linha de pobreza estabelecida pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) (VARGAS⁵⁹, 2001).

Quanto às residências das famílias, 89,39% eram de alvenaria (tijolos) e apenas 19,61% de madeira. Das 10 famílias que residiam nas casas de madeira, oito encontravam-se abaixo da linha de pobreza.

Algumas questões de saneamento básico chamaram a atenção, pois em todas as residências visitadas havia rede de água e esgoto, sendo que 92,16% usavam esta água para consumo, enquanto que todos utilizavam a rede de esgoto. Com relação ao tratamento dado à água de beber, 60,78% mencionaram consumir direto da torneira, enquanto que 35,29% mencionaram filtrá-la e apenas 3,92% referiram fervê-la.

A participação destas famílias como sociedade organizada é muito pequena, pois 66,67% mencionaram não participar de nenhuma forma, sendo que apenas 31,37% participavam de grupos religiosos e 2% de algum tipo de associação.

O meio de transporte mais utilizado pelas famílias foi o ônibus (90,20%), seguido do uso de moto (7,84%), bicicleta (5,88%) e carro (3,92%). Este dado mostra a carência das famílias e a dificuldade que elas têm ao se locomoverem pela cidade, até mesmo para ter acesso aos serviços de saúde oferecidos por nós, pois para chegarem até a FOB-USP, são, muitas vezes, necessários dois ônibus, com tempo médio de uma hora e meia para a chegada.

Avaliação de Saúde Bucal

No que se refere a frequência das visitas ao dentista, o tempo variou entre menos de um ano (58,42%), entre um a dois anos (17,37%) e mais de três anos (23,68%). A falta de condições das famílias e a dificuldade de acesso são fatores preponderantes para esta realidade.

Os serviços odontológicos foram procurados em 40,53% nas entidades filantrópicas, 29,47% em serviços públicos e apenas 29,47% em serviços privados ou planos de assistência particular. Este dado reflete a população estudada, devido sua baixa renda e até a dificuldade de acesso aos serviços públicos, tendo que recorrer aos serviços filantrópicos prestados por associações, igrejas, entre outros.

A procura por estes serviços deve-se, em sua maioria, à consulta de rotina, reparos ou manutenção (36,84%), mas, logo em seguida, está o motivo de dor (33,68%). Isso mostra a fragilidade da população e sua característica cultural com relação à odontologia de procurar a assistência em último caso.

Quanto à avaliação feita pelos usuários sobre o serviço realizado, a maioria mencionou que foi bom (54,74%), enquanto que os demais referiram que foi ótimo (24,21%), regular (14,74%) e péssimo (3,68%). Estes dados são subjetivos, principalmente se levarmos em consideração que 40,53% mencionaram utilizar serviços filantrópicos e podem se sentir gratificados com a oportunidade de acesso e não, necessariamente, com o atendimento. Mas é claro que devemos levar em consideração este dado por se tratar de uma das únicas portas de acesso a esta comunidade.

Sobre educação em saúde, 62,63% disseram que nunca receberam informações de como evitar problemas bucais e, quando questionados sobre a

atual necessidade de tratamento, 80,53% mencionaram necessitar de atendimento odontológico.

Quanto à auto-percepção sobre saúde bucal, os índices se mantiveram praticamente estáveis quando perguntado sobre a auto-classificação sobre saúde bucal e a aparência de seus dentes. O quesito “regular” foi o mais respondido nas duas questões, sendo 31,05% quanto à aparência e 31,58% quanto à saúde bucal, seguido pelo quesito “bom”, com 28,42% quanto à aparência e 26,84% quanto à saúde bucal.

Esta mesma situação repete-se na questão sobre como os participantes classificam sua mastigação e sua fala, no entanto, em quesitos diferentes: considerou-se como “boa” a fala (54,21%) e a mastigação (51,05%) e como “regular” as duas funções (17,89%).

Quando perguntados sobre o quanto a saúde bucal afeta seu relacionamento com outras pessoas, 66,32% disseram não afetar, seguido pelo empate dos quesitos entre “afeta muito” e “afeta mais ou menos” (11,05%). Este dado reflete a adaptação das pessoas a sua realidade ou até mesmo ao “comodismo” pela dificuldade de uma nova realidade odontológica.

Apenas 15,79% das pessoas mencionaram muita dor de dente nos últimos seis meses. Mas, se levarmos em consideração o quanto de dor eles tiveram nos últimos seis meses e somarmos os quesitos “pouca”, “média” e “muita” este número chega a 34,74%, ou seja, 1/3 da população estudada.

Identificação das necessidades

Foram avaliadas 79 crianças no total, entre sete e 15 anos de idade, das quais 63 pertenciam à Entidade Casa do Garoto e 16 eram não-alunos. Estes últimos eram irmãos ou moradores das residências das crianças.

O CPOD dos alunos foi de 1,81 e dos não-alunos foi de 2,13, mostrando a efetividade do trabalho realizado na Entidade pelo programa extra-muros da FOB-USP, quando comparado os grupos de mesma faixa etária e que vivem na mesma realidade.

Ao comparamos esses dados com o CPOD nacional e da região sudeste, por meio do levantamento nacional de saúde bucal, o CPOD nacional aos 12 anos foi de 2,78 e 2,3 na região sudeste (BRASIL¹³, 2003).

Se compararmos aos dados encontrados nesta amostra de Bauru, levando em consideração a realidade destas famílias, onde muitas delas se encontram em bolsões de pobreza, a condição de saúde bucal das crianças avaliadas encontra-se melhor do que a realidade regional e nacional quanto à carie dentária.

No grupo de alunos, quando o dividimos por gênero, observamos um aumento do CPOD no grupo feminino (2,43) em relação ao masculino (1,75). O número de livres de cárie em nossa amostra de alunos com idade entre sete e 15 anos foi de 31,55% (n=20), ao comparamos com os dados nacionais de 2003: a média nacional aos cinco anos foi de 40,62%, sendo que na região norte foi de 35,04% e 44,92% na região sudeste (BRASIL¹³, 2003)

O percentual de livres de cárie da nossa amostra é pouco inferior à realidade nacional, mas deve-se levar em consideração a diferença de idade na comparação, pois as idades das crianças da amostra são superiores as do estudo nacional.

Quando dividimos o grupo de não-alunos por faixas etárias e calculamos a média do CPOD, deparamos com resultados surpreendentes ao compararmos com a média nacional.

O CPOD da faixa de 10 a 19 foi de 3,70 e a média nacional de 15 a 19 anos foi de 6,17; a faixa de 30 a 49 anos foi de 18,57, sendo a nacional de 35 a 44 anos com média de 20,13; a faixa dos 50 aos 78 anos foi de 27,93 e a média nacional de 65 a 74 anos foi de 27,79 (BRASIL¹³, 2003).

Os resultados de nossa amostra permaneceram menores na maioria das faixas etárias comparadas, sendo pouco maior apenas na última, apesar de algumas diferenças nas idades comparativas. Desse modo, é possível ter uma noção da realidade odontológica desta população comparada à realidade nacional.

Quando avaliamos o uso e a necessidade de prótese dos participantes da pesquisa com idades acima de 35 anos, nos deparamos com 63,49% usando prótese superior e 28,57% prótese inferior. No entanto foi possível constatar a necessidade do uso de prótese em um número maior de pessoas, sendo que 74,6% necessitavam de novas próteses no arco superior e 77,78% de próteses inferiores.

Avaliação Fonoaudiológica

No que se refere à Fonoaudiologia, foram investigados aspectos relacionados à audição, voz, linguagem oral, fluência, comunicação escrita e funções estomatognáticas. Tais aspectos, quando alterados ou inadequados, podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos.

A linguagem oral é considerada a primeira forma de socialização do indivíduo (ELY; GLEASON³⁴, 1996), sendo importante para a aquisição de conhecimentos de sua cultura. Seu desenvolvimento varia entre as comunidades, uma vez que depende da qualidade dos estímulos verbais e das experiências vivenciadas. Quando alterada, pode comprometer a compreensão e/ou a transmissão de mensagens verbais, o que, muitas vezes, interfere no aprendizado acadêmico. Na amostra do presente estudo, verificou-se que a maioria dos participantes (74,28%) apresentou normalidade quanto a este aspecto.

A fluência foi outro aspecto investigado. Para ser fluente, a fala deve ocorrer num ritmo adequado e ser produzida pelo falante de forma suave e sem esforço (OLIVEIRA⁴⁶, 2004). Por outro lado, ao ser disfluente, o indivíduo apresenta interrupções anormais no fluxo da fala (BARROS; FRIEDMAN⁹, 2000), afetando seu relacionamento interpessoal. O presente estudo evidenciou normalidade quanto a este aspecto para a maioria da amostra (87,14%).

No que diz respeito à audição, foram investigados aspectos relacionados às condições estruturais/anatômicas e funcionais (acuidade auditiva). Quando alterada, a audição pode acarretar déficits emocionais, cognitivos e sociais. O déficit auditivo é uma alteração no processo de audição normal, ou seja, uma incapacidade em perceber e interpretar os sons (BEVILACQUA¹¹, 1998). Os resultados evidenciaram normalidade para a maioria dos participantes estudados.

Com relação à comunicação gráfica, analisada nos sujeitos em idade escolar, verificou-se que a maioria apresentou inadequação quanto ao ditado (81,94%) e à escrita espontânea (58,33%). Esses dados são

preocupantes, uma vez que dificuldades nas habilidades de escrita representam barreiras à aprendizagem dos conteúdos propostos nas aulas, podendo acarretar baixo rendimento escolar, atraso no tempo de aprendizagem ou mesmo a necessidade de ajuda especializada (REBELLO⁴⁸, 1993).

A voz, do mesmo modo que os aspectos mencionados acima, também interfere nas relações interpessoais e, assim, deve ser investigada. Os transtornos vocais podem resultar do funcionamento anormal do sistema respiratório, laríngeo e da ressonância e, desta forma, causar as chamadas disfonias (SAPAG⁵², 1997). Quanto aos achados desta avaliação, pôde-se identificar normalidade na maioria dos sujeitos estudados (70,48%).

Para a análise do sistema estomatognático, considerou-se alguns aspectos como a tonicidade da musculatura orofacial e a realização das funções de mastigação, deglutição e respiração. Tais aspectos, quando inadequados, podem prejudicar o desenvolvimento harmônico da face e resultar em desconfortos e/ou dores. Os achados dessa investigação mostraram normalidade para a maioria dos participantes da amostra.

Grau de satisfação das famílias

Após três meses das visitas domiciliares foi iniciada a avaliação do grau de satisfação das famílias com o projeto “PSF – Universidade”.

Esta avaliação foi feita por telefone, sendo as ligações realizadas sempre no período pós-expediente (das 19h às 20h) com a intenção de encontrar todas as mães em casa. Realizou-se, em média, 5 ligações por noite com o objetivo de não atrapalhar o descanso familiar. Cada ligação durou cerca de 10 minutos, tempo suficiente para que as mães respondessem as perguntas do questionário e para que expusessem suas idéias e opiniões sobre a participação nessa pesquisa.

Foi pedido a cada uma das famílias que desse uma nota de 0 a 10. Das 51 famílias avaliadas, as notas variaram entre sete a 10, obtendo-se média geral de 9,41. As duas famílias que deram nota sete foram famílias que não conseguiram atendimento de imediato nas clínicas da FOB-USP.

Avaliamos também o conhecimento das mães sobre saúde bucal e perguntamos sobre qual o horário mais importante para escovar os dentes.

Antes das instruções, as famílias responderam que o melhor horário era “ao acordar” com 47%, seguido de “antes de dormir” com 35%. Após as instruções estes quesitos inverteram-se, ficando o quesito “antes de dormir” com 78% e “ao acordar” com 20%.

Quanto ao uso diário do fio dental, apenas 51% das famílias usavam, mas após a nossa visita, 84% das famílias passaram a usar. Este número vem associado a outro, pois 37% das famílias reclamaram que não gostavam de usar o fio dental porque sangrava. Após as instruções sobre o uso do fio dental este número caiu para 20%.

Sobre a mudança nos hábitos de higiene bucal, 86% disseram ter mudado os hábitos de escovação e 63% o hábito quanto ao uso do fio dental.

As mães relataram que o que mais mudou em relação a sua saúde bucal e de sua família, depois das orientações sobre higiene bucal, foi ter melhorado o modo de escovação (59%), aumentado a frequência de escovação (25%) e ter dado mais atenção à saúde bucal (12%).

O que as mães mais sugeriram para melhorar as condições de saúde bucal de sua comunidade foi: mais trabalhos como este (41%), maior número de postos de saúde (24%), maior volume de atendimento nos postos de saúde (18%), mais dentistas nos postos de saúde (14%), campanhas escolares (2%) e melhorar, de um modo geral, a saúde pública (2%).

Das mães entrevistadas, 88% disseram querer receber visitas freqüentes das equipes do PSF (caso haja alguma nos bairros visitados) e 12% disseram não haver necessidade das visitas freqüentes.

Pacientes Referenciados

Foram encaminhadas para as clínicas da FOB-USP 180 indivíduos dos 213 visitados, dos quais 122 estão em atendimento. É importante destacar que o motivo do não-atendimento para os 58 indivíduos deve-se ao fato de que os atendimentos estão sendo prestados por uma clínica escola, e, desse modo, os procedimentos realizados obedecem a um cronograma curricular do curso de graduação e, no momento em que o paciente busca o atendimento, este pode não estar sendo oferecido. Em alguns destes casos, o serviço de assistência social da FOB-USP conseguiu providenciar para esses indivíduos

atendimento em outras instituições de ensino ou filantrópicas que prestavam esse tipo de serviço.

Os tratamentos realizados na FOB-USP são gratuitos, com exceção dos tratamentos protéticos, onde o paciente paga apenas o serviço protético, pois é terceirizado. Frente a esta situação, alguns dos pacientes encaminhados com necessidade de prótese desistiram de fazer seu tratamento apesar do pagamento ser facilitado.

Outra questão que impedia alguns pacientes de iniciarem os tratamentos é a fila de espera para algumas especialidades odontológicas, sendo a periodontia com maior tempo de espera, devido às várias sessões de tratamento. Como esta especialidade, muitas vezes, é precursora de outras, o paciente preferia buscar atendimento em outro local.

O horário dos atendimentos também foi outro fator impeditivo para que alguns pacientes que necessitavam de tratamento não o iniciasse na FOB-USP, pois os atendimentos são realizados em período diurno, dificultando o acesso aos pacientes que tinham horários de trabalho mais inflexíveis.



CONCLUSÃO

7 –Conclusão

As estratégias utilizadas na implementação do PSF- Universidade baseou-se na proposta do SUS, conforme a realidade universitária de um curso de graduação. As necessidades das famílias foram identificadas por meio de levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde bucal e fonoaudiológica das famílias estudadas. Todas as famílias foram orientadas e motivadas durante as visitas com relação à saúde bucal e fonoaudiológica.

O perfil de saúde bucal dos participantes da pesquisa mostrou resultados satisfatórios em todos os aspectos investigados, ressaltando-se apenas a grande necessidade de próteses dentárias por parte dos adultos da amostra. Do mesmo modo, as condições fonoaudiológicas apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade, sendo que apenas a linguagem escrita mostrou-se inadequada.

No que se refere ao grau de satisfação das famílias, verificou-se alto índice de aprovação, o que indicou que o programa desenvolvido permitiu a abertura de “novas portas” de acesso a uma população carente de atendimento público de saúde.



ANEXO I



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (3235-8356)

Processo nº 62/2005

Bauru, 30 de setembro de 2005.

Senhor Professor,

Informamos que após o envio da documentação solicitada referente ao projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa "**PSF-Universidade: Experiências na FOB/USP, Bauru/SP**" de autoria de Ricardo Pianta Rodrigues da Silva, que será desenvolvido sob sua orientação, foi novamente analisado e considerado **APROVADO** em reunião deste Comitê realizada no dia 28 de setembro de 2005.

Informamos ainda, que após o envio do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final, que será utilizado para publicação do trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Henrique Rubo
Coordenador

Ilmº Sr. Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos
DD. Docente do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva



ANEXO 2

TIPO DE CASA	
Tijolo/ Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro – especificar:	
Número de cômodos/ peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado	
Céu aberto	
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede Pública	
Poço ou Nascente	
Outros:	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL			
Quantas escovas dentais há na casa?			
Quantas pastas dentais sua família compra por mês?			
Com que frequência você procura um dentista?			
Compra-se fio dental todo mês?			
Quantas pessoas de sua família nunca foram ao dentista?			
Em que horário julga mais importante escovar os dentes?			
Ao acordar	Após o almoço	Antes de dormir	
Quantas vezes você escova os dentes por dia?			
Já recebeu orientação de como escovar os dentes corretamente?			
Usa fio dental regularmente?			
Já recebeu orientação de como usar o fio dental?			
Suas gengivas sangram quando você escova os dentes?			
Qual a importância que você dá para o cuidado com a higiene bucal?			
Grande	Média	Pouca	
OBSERVAÇÃO:			

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde		Nº de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros – especificar	
MEIO DE COMUNICAÇÃO MAIS UTILIZADO	
Rádio	
Televisão	
Outros – especificar	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativas	
Grupos Religiosos	
Associações	
Outros – especificar	
MEIO DE TRANSPORTE MAIS UTILIZADO	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - especificar	



ANEXO 3



ANEXO 4

FICHA C	Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru PSF – Universidade
AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO E DE EFETIVIDADE DO PSF - UNIVERSIDADE	
Endereço:	
Número Família:	

- De acordo com a sua satisfação que nota de 0 a 10 você dá para o PSF – Universidade:

- O que você acha que mudou em relação a sua saúde bucal e de sua família depois de ter recebido orientações sobre higiene bucal?

- O que você sugeriria para melhorar as condições da saúde bucal de sua comunidade?

- Você gostaria de receber visitas freqüentes de um membro da equipe do PSF para receber orientações e esclarecimentos?

- Em que horário julga mais importante escovar os dentes?
 - ao acordar após o almoço antes de dormir
- Mudou seus hábitos de Higiene Bucal?
- Mudou seu modo de escovar os dentes depois de receber as orientações?
- Usa fio dental regularmente?
- Mudou o modo de usar o fio dental depois de receber as orientações?
- Suas gengivas sangram quando você escova os dentes?
- Qual a importância que você dá para o cuidado com a higiene bucal?
 - Grande importância Média importância Pouca importância



ANEXO 5



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU
 Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva

PSF- Universidade

Família: _____ Identificação Individual: _____ Grau familiar: _____

Nome: _____

D.N. ____/____/____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Triagem Fonoaudiológica

Mastigação: normal alterado _____

Respiração: normal alterado _____

Deglutição: normal alterado _____

Musculação: normal alterado _____

Voz: normal alterado _____

Inteligibilidade: normal alterado _____

Compreensão: normal alterado _____

Fluência: normal alterado _____

Fala: normal alterado _____

Leitura: normal alterado _____

Ditado: normal alterado _____

Escrita Espontânea: normal alterado _____

Pavilhão Auricular: OD normal alterado _____

OE normal alterado _____

Meatoscopia: OD normal alterado _____

OE normal alterado _____

Membrana Timp.: OD normal alterado _____

OE normal alterado _____

Nível de Ruído: _____dB

Triagem Auditiva:	OD	OE
500	_____	500 _____
1000	_____	1000 _____
2000	_____	2000 _____
3000	_____	3000 _____
4000	_____	4000 _____

Necessidade Individual: Sim Não

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Neurologista | <input type="checkbox"/> Cirurgião-Dentista |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Motricidade Oral | |
| <input type="checkbox"/> Audiologia | |
| <input type="checkbox"/> Linguagem Escrita | |
| <input type="checkbox"/> Fala Audiologia | |

Avaliador: _____.

Data: ____/____/____.



ANEXO 6

BOM DIA

Segunda-feira, 12 de dezembro de 2005 B-3

AQUI

Projeto leva dentistas às pessoas que não podem pagar consultas

Avaliação prévia é feita em horários alternativos nos bairros; depois, tratamento é agendado

Fernanda Moraes
fernanda.moraes@bomdiabauru.com.br

"Eu tinha até vergonha de conversar com as pessoas. Hoje, minha boca está outra", diz Kátia Cilene Costa, 36 anos. Noventa minutos por dia podem fazer a diferença. Esse é o tempo que um grupo de profissionais e estudantes 'perde' realizando atendimento odontológico e fonoaudiológico gratuitamente na casa de famílias carentes de Bauru.

"Isso é uma maravilha. Não pagamos nada e eles ainda vêm até a casa da gente",

afirma Gari Mozar Lopes, 56, morador do Jardim Godoy. No local - a casa dele - é realizada uma pré-avaliação de cada pessoa da família. "Na hora já fazemos uma ficha com os procedimentos necessários para o posterior tratamento", diz o dentista Ricardo Pianta, 24 anos.

Uma assistente social da FOB (Faculdade de Odontologia de Bauru) da USP (Universidade de São Paulo) liga para os pacientes e agen-

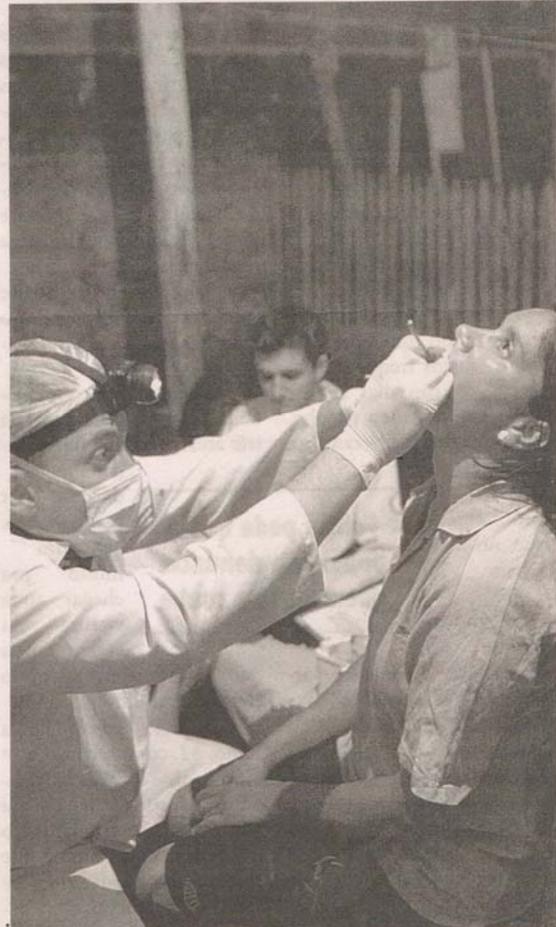
da o início do tratamento. Os pacientes, por sua vez, agradecem. "Além do tratamento ser de graça, eles ainda nos ajudam na locomoção", comenta Kátia Costa.

A família de Altamir Rodrigues da Cruz, 34, também está recebendo consulta em casa. "Nós todos trabalhamos o dia inteiro, não temos tempo pra ir atrás do tratamento. Tem de ser em horário alternativo".

O objetivo da iniciativa é

levar a adultos a qualidade de atendimento que já é prestado às crianças e adolescentes

da entidade "Casa do Garoto" - e familiares deles. O trabalho surgiu a partir da tese de mestrado de Ricardo Pianta. A iniciativa conta com a coordenação do professor da FOB, José Roberto Magalhães, além de participação de João Paulo Coque, 24, estudante de odontologia; Ariádnes Nóbrega, 23, estudante de fonoaudiologia e Ana Karolina Bassi, 24, fonoaudióloga. Boa nova: a ação continua em 2006.



Dentista Ricardo Pianta atende morador do Jardim Godoy em casa: boa idéia



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

- 1 Aerts, D; Abegg, C; Cesar, K. O papel do cirurgião-dentista no sistema único de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):131-38.
- 2 Almeida, ACP. Promoção de Saúde Bucal através de orientação, motivação e controle de placa. *Rev Bras Odontol*. 2003;60(6):387-89.
- 3 Andrade, CRF. Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico científico. Série especial em Fonoaudiologia. São Paulo: Editora Lovise; 1996.
- 4 Andrade, LM; Junio, TM. Saúde da família: construindo um novo modelo - a experiência de Sobral. *Rev Sobralense de Políticas Públicas*. 1999;1(1):7-17.
- 5 Andrade, M. Quem espera nunca alcança. *Rev ABO Nac*. 2002;9(6):326-32.
- 6 Araujo, ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:179-82.
- 7 Araujo, SSC; Freire, DBL; Padilha, DMP. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa do Brasil. *Interface-Comunic, Saúde e Educ*. 2006;10(19):203-16.
- 8 Baldani, MH; Fadel, CB; Possamai, T; Queiroz, MGS. A inclusão da odontologia no programa saúde da família no Estado do Paraná, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;21(4):1026-35.
- 9 Barros, RP; Friedman, S. Concepções sobre fluência: ideologias subjacentes. *Dist Comun*. 2000;11(2):335-7.

- 10 Befi, D. Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. Série Atualidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Editora Lovise; 1997.
- 11 Bevilacqua, MC. Conceitos básicos sobre a audição e deficiência auditiva. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais -USP; 1998.
- 12 Brasil. Governo Federal. Constituição Federal In. Brasília; 1988. p. www.planalto.gov.br, acesso em 20/12/07.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica; 2003.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde- 8.080. In. Brasília; 1990. p. www.saude.gov.br, acesso em 15 de junho de 2006.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142. In. Brasília; 1990. p. www.saude.gov.br, acesso em 15 de junho de 2006..
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.329. In. Brasília: Ministério da Saúde 1999. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de março de 2007.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Programa saúde da família: equipes de saúde bucal. In. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. www.saude.gov.br, acesso em 14 de fevereiro de 2007.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444. In. Brasília; 2000. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de agosto de 2005.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 267. In. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de agosto de 2005.

- 20 Brasil. Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde; 2001.
- 21 Brasil. Programa saúde da família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2003;3(1):113-25.
- 22 Brasil. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 23 Brasil. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica; 2006.
- 24 Brasil. Ministério da Saúde. O programa saúde da família e a atenção básica. In. Brasília: Ministério da saúde; 2002. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de julho de 2005.
- 25 Brasil. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(4):449-59.
- 26 Brasil. Diretrizes Conceituais. In. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 27 Caspitrano Filho, DO. O cirurgião-dentista no programa saúde da família. Rev Odont Saúde Coletiva. 2001;1(2):65-78.
- 28 Chaves, MM. Odontologia Social. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1986.
- 29 Chaves, SCL; Da-Silva, LMV. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisa. Cad Saúde Pública. 2002;18(1):129-39.

- 30 Da-Silva, RPR. A organização das políticas públicas de saúde bucal no Estado de São Paulo: uma análise crítica. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais da Universidade de São Paulo; 2004.
- 31 Duarte, YAO; Diogo MJE; Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
- 32 Durharm EA. A família operária: consciência e ideologia. Rev de Ciências Sociais. 1980;23(2):248-66.
- 33 Elias, MS; Cano, MAT; Mestriner Júnior, W; Ferriani, MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001;9(1):88-95.
- 34 Ely, R; Gleason, B. Socialization across contexts. In: Fletcher P, Macwhinney B, editors. The handbook of child language. Oxford: Blackwell; 1996. p. 251-70.
- 35 Farias, MAV; Moura, ERF. Saúde bucal no contexto do programa saúde da família do município de Iracema, Ceará. Rev Odont Unesp. 2003;32(2):131-35.
- 36 Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(3):317-21.
- 37 Feverwerker, LCM; Souza, MF. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. Rev Saúde em Deb. 2000;21:49-53.
- 38 Garcia, PPNS; Corona, SAM; Valsecki Júnior, A. Educação e motivação: avaliação da efetividade de métodos educativo-preventivos relativos à cárie dental e à doença periodontal. Rev Odont Unesp. 1998;7(30):30-9.

- 39 Garcia, PPNS; Corona, SAM; Valsecki Júnior, A. Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento da higiene bucal em adultos. *Rev Cienc Odont Bras.* 2004;7(3):30-9.
- 40 Lacerda, MR; Giacomozzi, CM; Oliniski, SR; Truppel TC. Atenção a saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Rev Saúde e Sociedade.* 2006;15(2):9-22.
- 41 Martinelli, N. PSF de primeiro mundo. *Rev ABO Nac.* 2001;9(4):202-06.
- 42 Matos, PES; Tomita, NE. A inserção da saúde bucal no programa saúde da família: da universidade aos polos de capacitação. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1538-44.
- 43 Medina, MG; Aquino, R. Avaliando o programa saúde da família. In: Souza MF, editor. *Os sinais vermelhos do PSF.* São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 135-51.
- 44 Narvai, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(n. esp):141-7.
- 45 Narvai, PC. *Saúde bucal coletiva.* São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
- 46 Oliveira, CMC. *Gagueira familiar: aspectos fonoaudiológicos e genéticos.* Botucatu: Instituto de Biociencia de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita Filho; 2004.
- 47 Piancastelli, CHP; Saraiva, EMC; Souza, MF; Cerveira, MAC; Villas Boas, MLC. Saúde da família e desenvolvimento de recursos humanos. *Rev Saúde em Deb.* 2000;21:44-85.
- 48 Rebello, JAS. *Dificuldades da leitura e da escrita em alunos do ensino básico.* Portugal: Edições Asa; 1993.

- 49 Roncalli, AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho; 2000.
- 50 Rosa, FB. Projeto para um sorriso feliz: programa de orientação de prevenção para mães. Rev ABO Nac. 1996;4(1):36-9.
- 51 Rozendo, CA; Casagrande, LDR; Schneider, JF; Pardini, LC. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 1999;7(2):15-23.
- 52 Sapag, MJ; Cómo orientarse frente a um paciente con trastornos de la comucación oral Pediatría Al Dia. 1997;13(4):13-6.
- 53 Secco, LG; Pereira, MLT. Fornecedores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(1):113-20.
- 54 Senna, MCM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2002;19(suplemento):203-11.
- 55 Szymanski, HG. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. Rev Bras Cresc des Hum. 1994;4(1):92-100.
- 56 Tavares, GR; Taveira, GS; Véras Neto, L; Padilha, WWN. A participação da comunidade nas clínicas das instituições de ensino odontológicos (EIOs). Pesq Bras Odontoped Clin Integrad. 2005;5(2):179-84.
- 57 Teixeira, MCB; Valença, AMG. A importância da educação em saúde no ensino universitário: o caso da odontologia. Rev Fluminense de Saúde Coletiva. 1998;3(3):27-33.

- 58 Trad, LAB. Estudo etnológico da satisfação do usuário do programa saúde da família (PSF) na Bahia. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(3):531-89.
- 59 Vargas, FG. Brasil: 50 milhões de brasileiros vivem na miséria. In. São Paulo: FGV; 2001. p. www.rebidia.org.br.
- 60 Vasconcelos, EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Rev Saúde em Deb*. 1999;23(53):6-19.
- 61 Volschan, BCG. Perfil do profissional de saúde da família. *Rev Bras de Odont*. 2002;59(5).
- 62 World Bank (1993), apud Senna, MCC. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(suplemento):203-11.
- 63 World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4 ed. Genova: ORH/EPID; 1997.



ABSTRACT

Abstract**PSF – University: an experience at FOB-USP – Bauru/SP**

The Family Health Program (PSF) has adopted as its motto the promotion and access to health by all individuals, focusing mainly on the social groups that are more deprived of attention. The main objective of this study was to implement a model of Family Health Program for the undergraduation curriculum of the Faculty of Dentistry of Bauru of the University of São Paulo (FOB-USP). This Program, which was called “*PSF-Universidade*”, served 52 families of children who had signed up at the Casa do Garoto, Bauru/SP. It was based on the tenets of Dentistry and Speech, Language and Hearing Sciences as well as focusing on giving the proper attention to health as followed by SUS, which, in turn, is based on university life routine. The work plan consisted of a selection of a sample, registration and a listing of needs, planning and carrying out of actions as well as a follow-up at the clinics of the FOB-USP. The data collected were analyzed in a descriptive manner by means of distribution of absolute and relative frequencies, with the results presented in graphs and tables for better visualization. The results showed that the average income of the visited families was R\$ 645,39 and per capita R\$ 154,71; as regards the odontological profile, the CPOD (index of teeth with cavities, lost or filled) of the students was 1.81 and non-students 2.13; the index of students free of cavities was 31.55%. The phonaudiological conditions, that is, the investigation of the aspects related to the orofacial motricity, voice, hearing and oral language was within normalcy, with only written language presenting itself as inadequate. 180 participants were sent for follow-up at the odontological clinics of the FOB-USP, of whom 122 initiated treatments. The degree of satisfaction of the families was measured 3 months after the visits by means of grades attributed to the program, which obtained 9.41. According to the results obtained, it can be concluded that the program developed has allowed the opening of new doors of access to the population in need of public health services.

Keywords: Family Health Program, Public Health, Human Resources Formation