



PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS ANOS: ESTRATÉGIA DO SETOR DE ODONTOLOGIA NA CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Renata Machado Gonçalves

rmg.milanos@gmail.com

(LATEC/UFF)

Resumo: *Este trabalho tem como objetivo reduzir a prevalência da cárie dentária em menores de seis anos, do Bairro Santo Elias, Município de Mesquita, Rio de Janeiro. Através da capacitação da Equipe de Saúde da Família acerca da relevância da abordagem multiprofissional e visão ampliada da saúde no trato destes menores, frente à doença cárie dentária. A metodologia inclui três etapas: a) Educação Permanente dos Profissionais acerca da Saúde Bucal. b) Realização de atividades de Educação em Saúde para Pais/ Responsáveis e do tratamento educativo-preventivo e curativo odontológico das crianças menores de seis anos de idade. c) Levantamento Epidemiológico para monitoramento e avaliação antes e a após a implantação desta estratégia. A meta é obter a adesão de 100% dos profissionais da ESF de Santo Elias, público alvo, da proposta; alcançar uma frequência de 80% dos pais/responsáveis nas atividades educativo-preventivo; identificar 60% de crianças de famílias de risco ou vulnerabilidade; realizar o tratamento odontológico em 40% de menores de seis anos e realizar o exame clínico epidemiológico em 50% de menores de seis anos. Conclui-se que uma equipe multiprofissional capacitada tem maior preparo para o enfrentamento aos principais problemas de saúde de uma comunidade, tendo consequentemente um favorecimento na melhoria da qualidade de vida e uma linha de cuidado integral dos usuários.*

Palavras-chaves: *Saúde bucal, Saúde da Família, Cárie dentária, Promoção de Saúde; Planejamento em Saúde.*

3-INTRODUÇÃO

Ainda que, nos últimos anos, os determinantes sociais tenham influenciado fortemente as pesquisas em saúde pública, a literatura epidemiológica se caracteriza por limitada abordagem teórica acerca dos mecanismos complexos da determinação das doenças. (ANTUNES, 2006).

O conhecimento dos determinantes sociais de saúde e doença se mostra importante quando estudos demonstram o forte declínio da prevalência de cárie dentária na maioria dos Países desenvolvidos e em alguns Países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. E apontam também para a alta prevalência da doença em populações com baixo nível socioeconômico quando comparada com aquelas de nível mais alto. (AMORIM, *et al.* 2011); (ANTUNES, 2006); (BALDANI, *et. al* 2010)

Gonçalves (2011) afirma que a saúde bucal, na maioria dos municípios brasileiros, constitui ainda um grande desafio aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos esforços realizados, a doença cárie dentária ainda é considerada um agravo de saúde pública. Segundo NARVAI, 2000, apesar desse declínio da doença no Brasil, não se tem claro se a redução ocorre realmente na magnitude mostrada, e consideram como fatores participantes relevantes na sua redução, o aumento da oferta de flúor, a consolidação do SUS a partir do início da década de 90 e a reorganização da prática odontológica no sistema público de saúde, com uma maior ênfase nas atividades de promoção da saúde.

A cárie dentária é uma doença global, multifatorial, considerada um agravo de saúde pública, por atingir grande parte da população, apresentar alta morbidade, sua eliminação ser um interesse da comunidade, por existirem meios disponíveis de prevenção/controle e com possibilidade de tratamento que nem sempre são utilizados, ou não são realizados corretamente. (GONÇALVES, 2011) É uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo resultante da associação entre o acúmulo de biofilme dental e sua exposição a açúcares. Nesta perspectiva, a doença não pode ser erradicada, mas lesões cáries podem não se manifestar clinicamente, durante toda a vida do indivíduo, se as estratégias disponíveis atualmente para esse fim forem continuamente utilizadas, tais como: controle do biofilme dental e dieta, uso constante de fluoreto e programas educativo-preventivos. (BARBOSA, *et.al* 2007); (GONÇALVES, *et.al.* 2010)

No Brasil, a despeito do declínio da prevalência da cárie dentária documentado para os escolares, persistem importantes discrepâncias na população infantil, com prevalência mais elevada em

pré-escolares. Esta realidade pode ser explicada porque, durante ao longo dos anos, apenas o primeiro grupo tem sido o foco da prevenção de programas públicos de saúde, destinados a prevenir o desenvolvimento de lesões cáries e o retardo de sua progressão, que ao atingir estágios mais avançados da doença, leva a milhões de dias perdidos de escolaridade e absenteísmo no trabalho em adultos, resultando em ambos os impactos de curto e longo prazo sobre a economia produtividade de um País. (CARDOSO, *et.al* 2003); (BARBOSA, *et. al.* 2007)

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS. (BRASIL, 2004)

Dentre os pressupostos dessa política que visa à reorientação do modelo de atenção à Saúde Bucal a nível Nacional, destacam-se: utilizar a Epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento de ações em saúde e centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença. Tais pressupostos devem, portanto, ser postos em prática a partir de diversas estratégias, dentre elas a realização de pesquisas epidemiológicas. (BRASIL, 2004); (BRASIL, 2006)

A doença cárie é um agravo de saúde pública e grande responsável por sintomatologia dolorosa e desordens funcionais e estéticas. Apesar das medidas preventivas vigentes contra a doença, a mesma continua presente e prevalente em determinados locais. (ANTUNES, *et al.* 2006) Como por exemplo, no município de Mesquita, que apresentou em 2011 para população de 5 anos de idade uma média de ceo-d 2,35, valor este próximo da média brasileira divulgada pelo SB-BRASIL 2010 para a idade pareada, quando considerada a Região Norte e Nordeste. (GONÇALVES, 2011)

Considerando-se a etiologia da cárie dentária multifatorial, bem como os fatores comportamentais, psicológico e socioeconômico associado à doença, é primordial que os profissionais de saúde e a população em geral conheçam os fatores de risco reais associados à prevalência de cárie dentária em bebês e crianças na idade pré-escolar. (RIBEIRO, *et al.* 2005)

A Educação em Saúde pode ser considerada essencial à manutenção da saúde e prevenção das doenças e se constitui em um fator determinante para a Saúde Bucal da futura criança. A prevenção da cárie dentária requer ações amplas, multidisciplinares e intersetoriais, visto a complexidade etiológica da doença, isto porque crianças com lesões de cárie na primeira dentição estão mais predispostas a desenvolvê-las também na dentição permanente. (CARDOSO, *et.al* 2003)

A implantação de equipes multidisciplinares nos serviços públicos de saúde, foi realizada no intuito de oferecer um serviço integral para população e reorganizar a Atenção Básica à nível Nacional. Por isso, tanto no âmbito teórico quanto na prática clínica, é importante que os profissionais de saúde envolvidos estejam conscientes e qualificados da necessidade de uma prática de trabalho na construção coletiva do conhecimento. (BRASIL, 2006)

Para o processo de trabalho adequado e alcance dos objetivos – saúde da comunidade e construção de cidadania – os profissionais inseridos nas ESF devem ter uma visão holística de saúde, integral do paciente e o meio que o mesmo vive.

Esta proposta de intervenção torna-se relevante, por permitir uma aprendizagem e capacitação da equipe saúde da família Santo Elias, município de Mesquita, frente à doença cárie dentária em crianças menores de 6 anos de idade.e uma visão ampliada de saúde, criação de vínculos de profissionais de ESF com a comunidade, assim como, uma Educação Permanente em saúde visando que a Equipe de saúde tenha uma postura pró-ativa frente aos usuários.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Reduzir a prevalência da cárie dentária em menores de seis anos no Bairro Santo Elias, Município de Mesquita, Rio de Janeiro.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover reflexão dos profissionais da ESF acerca da relevância da abordagem multiprofissional e da visão ampliada da saúde no trato de crianças menores de seis anos de idade frente a doença cárie dentária;
- Promover o treinamento e capacitação dos profissionais da ESF para atuar na identificação no diagnóstico, na orientação e no encaminhamento dos casos prioritários de crianças menores de seis anos de idade com a doença cárie.

- Preparar os profissionais da ESF para atuar junto às mães e responsáveis melhorando o nível de informação, estimulando o autocuidado bucal e geral, estreitando vínculo entre a equipe e as mães e puérperas da área de abrangência, permitindo com isto uma Atenção Integral aos menores adscritos.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 SAÚDE BUCAL

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe. (BROADBENT & THOMSON, 2005)

A proposição pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação tem na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações neste nível é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial neste campo. (BRASIL, 2006)

As ações e serviços em saúde devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade e a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades. (BRASIL, 2006)

O trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) deve estar voltado à Promoção da Saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Eliminação da dor e infecções são prioridades, sem estar orientada para a mutilação dentária. (BRASIL, 2006) Não há regras certamente para a abordagem da população-alvo quanto às ações odontológicas. Em cada contexto local haverá de se conhecer a realidade e, com base nisso, planejar a intervenção. (BRASIL, 2006)

Diversos estudos epidemiológicos têm permitido o monitoramento da experiência de cárie em crianças no Brasil. (ANTUNES, et al. 2006; MELLO & ANTUNES, 2004; RIBEIRO, et al. 2005; SALES-PERES & BASTOS, 2002; SALES-PERES, et al. 2006; SCHROTH & CHEBA, 2007; SOHN et al. 2007). A cárie dentária permanece como a doença crônica mais prevalente na infância e constitui um problema de saúde pública, implica limitações para as famílias que têm de lidar com a criança que experimenta esta realidade. Estudos sugerem que crianças com experiência de cavidades cariosas podem apresentar dificuldades na mastigação, distúrbios durante o sono, além de limitações na interação social. A ocorrência de tal alteração pode implicar ausência nas atividades escolares, resultando em dias de trabalho perdidos pelos cuidadores. (BARBOSA et al. 2007; CATANI et al. 2010; FRIAS, et al. 2007)

Levantamentos epidemiológicos são importantes para monitorar tendências da evolução da prevalência e ou incidência da doença cárie dentária e de avaliação das necessidades odontológicas de uma população. Narvai, em 2000, estudou a evolução da prevalência da doença cárie em dentes permanentes, em crianças do município de São Paulo, no período de 1970 a 1996. Os dados foram provenientes de um inquérito, realizado em 1996, no qual foram examinados 2.491 escolares, de 5 a 12 anos, em 103 unidades das redes de ensino público e privado, utilizando a metodologia proposta pela OMS. Compararam os dados obtidos com outros disponíveis desde 1970. Observaram que, de uma situação de prevalência “muito alta” de cárie dentária em 1970 (CPO-D de 6,91), a população de referência evoluiu para um quadro de “baixa” prevalência em 1996 (CPO-D de 2,06) para a idade-índice de 12 anos, e concluiu que, mesmo num contexto socioeconômico e sanitário adverso, foi possível, no período observado, conter o avanço da cárie dentária na população infantil de São Paulo e produzir um expressivo declínio em sua prevalência e severidade.

A maioria desses estudos descreve a prevalência e severidade da doença cárie em escolares. As condições de Saúde Bucal do pré-escolar não têm sido documentadas na mesma extensão, sendo muitas vezes menosprezada em detrimento da dentição permanente. Isto ocorre, provavelmente, porque é conferida a estes dentes uma importância de maior relevância. É reconhecido, porém, que a história dessa enfermidade na dentição decídua pode estar associada à experiência futura na segunda. Em muitos países, o ingresso na escola dá-se após os seis anos de idade. Os levantamentos epidemiológicos, mais frequentemente, dedicam-se a crianças em idade escolar, por sua mais fácil localização e identificação. (BARBOSA, et al, 2007)

Em 2011, foi realizado um levantamento epidemiológico com 208 pré-escolares de 5 anos de idade moradores em áreas geograficamente delimitadas pela cobertura da ESF no bairro Santo Elias, Mesquita, tendo como resultado de ceo-d 2,35, os autores concluíram que as crianças do estudo apresentavam alta prevalência de cárie. (GONÇALVES, 2011)

Como outras doenças, a cárie dentária é socialmente determinada e o impacto da assistência odontológica na redução de sua prevalência é bastante limitado. O ponto em comum entre todos os países que experimentaram redução em seus índices de cárie é a melhoria nas condições globais de saúde e qualidade de vida. A condição social tem sido enfatizada como importante determinante da situação de Saúde Bucal e estudos têm demonstrado que o declínio desta enfermidade tem sido acompanhado pela sua polarização nos grupos menos privilegiados. (BARBOSA, et al. 2007; SALES-PERES et al. 2006; SCHROTH & CHEBA, 2007)

A Saúde Bucal, na maioria dos municípios brasileiros, constitui ainda um grande desafio aos princípios doutrinários do SUS, principalmente no que se refere à universalização e à equidade do atendimento. Apesar dos esforços realizados, a cárie dentária ainda é considerada um agravo de saúde pública, principalmente entre crianças, mesmo com o declínio que vem ocorrendo ao longo dos anos; portanto, necessita de medidas individuais e coletivas, bem como estratégias preventivas para controlá-la e tornar suas sequelas cada vez menos severas. (GONÇALVES, et al. 2010); (GUEIROS & SILVA, 2003).

5.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

Para o processo de trabalho adequado e alcance dos objetivos – saúde da comunidade e construção de cidadania – os profissionais inseridos nas ESF devem ter uma visão holística da saúde, integral do paciente e o meio que o mesmo vive.

Segundo Fuller (2004), o trabalho multidisciplinar constitui-se como um dos princípios fundamentais da Promoção de Saúde, porque diferentes atores atuando em conjunto são capazes de atuar em múltiplos fatores determinantes em saúde. Este fato que desafia a integração da Equipe, visto que é necessário compartilhar saberes, objetivos e definir prioridades.

Para Chiavenato (1997) os profissionais de saúde devem estar sempre em formação, pois, o conhecimento muda a cada instante, e em função da mudança e da necessidade de inovação é preciso atualizar-se continuamente. O conhecimento deve ser transformado em ação; a teoria, em prática

aplicada para as soluções dos problemas, diagnosticando situações e propondo soluções criativas e inovadoras.

Estas dificuldades são sentidas devido às lacunas ligadas a formação profissional e poucas oportunidades e incentivos para a EPS. Para Knupp *et al* (2006), o perfil de habilidades e competências devem ser condizentes com a realidade sociopolítica e cultural da qual estão envolvidos. E para Fuller (2004), todos que atuam na Atenção primária possuem condições de atuarem em atividades dedicadas à Promoção de Saúde Bucal.

A EPS apresenta-se como uma proposta capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. Trata-se de uma estratégia fundamental para a transformação da prática de saúde no campo da gestão, da atenção, do controle social, na integralização e humanização da atenção, para atender as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004)

É essencial que a EPS seja compreendida como aprendizagem no trabalho, incorporada pela experiência, onde aprender e ensinar se relaciona ao cotidiano das organizações e ao trabalho. O fundamento desta metodologia é a aprendizagem significativa, no qual a transformação dos profissionais se baseia na reflexão crítica sobre as práticas de serviços prestados à população, referenciando as suas necessidades reais, da gestão e o apelo do controle social em saúde, transformando as práticas profissionais e organização a partir da problematização do processo de trabalho. Possibilita identificar problemas no contexto da sociedade e seus nós críticos, propiciando uma estratégia mais efetiva para o seu enfrentamento e consolidar o SUS no campo da atenção, gestão, formação e controle social. (BRASIL, 2004)

As soluções devem fundamentalmente passar por uma melhor organização dos serviços, partindo de um melhor conhecimento da população; por um planejamento baseado nas reais necessidades da comunidade, elegendo-se prioridades, para que se consiga ao longo da caminhada atingir o verdadeiro objetivo: a saúde da população. A mudança de hábito, e a criação de vínculo é um processo bastante complexo, e o caminho que a equipe deve buscar para a solução dos problemas da comunidade adscrita é: estudo, planejamento e comprometimento. (CARDOSO, 2008)

A comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade é de suma importância, é através dela que é possível conhecer o paciente, sua realidade, necessidades, cultura, costumes; estabelecer uma relação de confiança e a partir daí, dar orientações necessárias para obter as

transformações desejadas. Transformações estas, que ocorrem em ambos, uma vez que há um intercâmbio de culturas, de informações e conhecimentos. A maneira como essa comunicação ocorre, fará toda a diferença nesse processo. Deve ser de forma clara, simples e objetiva, de fácil entendimento, e sempre que possível, ocorrer não só de forma verbal, como também através de exemplos, práticos, cartazes e vídeos, etc. E, principalmente, deve haver interação entre profissional e paciente uma vez que a orientação sem participação, não é comunicação, não gera resultados e ambas são peças indispensáveis nas ações de Prevenção e Promoção da Saúde. (VASCONCELOS, 2009)

Em 2008, Nash afirmou ser primordial que todos os profissionais das equipes da ESF entendam que a Saúde Bucal é componente essencial na conquista da saúde geral de uma população.

Esta proposta de intervenção torna-se relevante, por permitir uma aprendizagem, reflexão, capacitação e atuação da equipe da ESF Santo Elias, no município de Mesquita, frente à doença cárie dentária e saúde geral de crianças menores de 6 anos de idade.

5.3 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O nome do Município que será realizado este plano de intervenção, é Mesquita, uma referência ao Barão de Mesquita, proprietário das fazendas que hoje constituem a sua região central. Sua emancipação foi conquistada no final da década de 1990, sendo o mais recente município incorporado à Baixada Fluminense, emancipado de Nova Iguaçu. Sua população em 2010 é de 168 403 habitantes, de acordo com o IBGE. A área da unidade territorial é de 41,6 Km² e o IDH é 0,762 e apresenta 7 Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família.

Visto do que foi descrito anteriormente, entende-se que Políticas Públicas de Saúde foram idealmente elaboradas para resolver problemas de nível comunitário e promover cidadania. Um levantamento epidemiológico bem conduzido retrata o estado de Saúde Bucal de uma população específica em um determinado momento e, portanto, é uma relevante ferramenta para o auxílio no planejamento, avaliação e monitoramento de ações de uma Equipe da ESF, a atuação deste Plano de Intervenção irá ocorrer no Bairro Santo Elias.

6. METODOLOGIA

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais relevantes de um determinado problema presente na comunidade, selecionado pela a ESF. Para isto, a Equipe de Saúde Bucal, irá atuar nos seguintes nós críticos, relacionados com o problema principal selecionado, e que a Equipe tem potencialidade de atuação direta.

- Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família.
- Nível de Informação de Profissionais, Usuários.
- Estrutura do Serviço de Saúde do PSF Santo Elias
- Hábitos Alimentares e de Higiene oral das famílias cadastradas que possuem crianças menores de 6 anos.

6.1. MÉTODO DE TRABALHO

O Plano apresenta três etapas distintas:

Etapa 1 - Educação Permanente dos Profissionais de Saúde da ESF Santo Elias abordando o tema Saúde Bucal

Deverá preparar a equipe da ESF a identificar as crianças pertencentes a famílias de maior risco e vulnerabilidade à doença cárie ou portadoras de seus estágios avançados, diagnosticar a doença bucal cárie dentária em processos iniciais, e orientar os familiares acerca da enfermidade.

1 ° momento: Apresentação a Proposta para SMS/ Coordenação de Atenção Básica e Coordenação de Saúde Bucal do município.

2º momento: Apresentação e discussão dos dados epidemiológicos mais recentes da doença cárie dentária no território, para a equipe multiprofissional.

3º momento: Apresentação de propostas dos membros da equipe para o enfrentamento da situação, e início do treinamento da Equipe quanto ao diagnóstico da doença cárie.

4º momento: Identificação, diagnóstico, orientação e encaminhamento dos casos prioritários de crianças de até 6 anos de idade com a doença cárie. Procedimentos que deverão ser realizados pelos

Médicos e Enfermeiros na hora da consulta, pelos ACS nas VDs e pelo Técnico de Enfermagem na hora da vacina, atendimento para bolsa família e pesagem, numa perspectiva da Atenção Integral.

Técnicas a serem utilizadas na atividade educativa com a equipe da ESF Santo Elias: Roda de discussão, dinâmica de grupo, vivências, jogos, vídeos e etc.

Instrumentos: quadro expositivos, cartazes, folders, slides, mesa, caneta, etc.

Etapa 2 – Realização do tratamento educativo-preventivo e curativo odontológico das crianças menores de seis anos de idade e de atividades de Educação em Saúde para Pais/Responsáveis acerca da saúde geral e bucal infantil, principalmente quanto à cárie dentária.

1º momento: Criação do Grupo Operativo para Promoção de Saúde que atuará nas USF, Associação de Moradores, Escolas e Igrejas da área adscrita.

2º momento: Apresentação do Plano de Intervenção e das Atividades a serem realizadas pelo Grupo Operativo aos pais/responsáveis de crianças.

3º momento: Realização de atividades educativas, dos procedimentos de identificação e prevenção da doença, orientação acerca da sua relação com a saúde geral e distribuição de kits de higiene bucal, nos locais programados. E, encaminhamento para consulta odontológica os casos prioritários de crianças de até 6 anos de idade com a doença cárie, identificados nas VDS e consultas, assim como criação de agendamento para tratamento dos casos menos graves.

Técnicas a serem utilizadas na atividade educativa com a comunidade da ESF Santo Elias: roda de discussão, dinâmica de grupo, vivências, jogos, vídeos e etc.

Instrumentos: quadros expositivos, cartazes, folders, slides, mesa, caneta, etc.

Etapa 3 - Levantamento Epidemiológico para monitoramento e avaliação.

Deverá ser realizado após 1 ano de implementação da proposta de intervenção, ressaltando que a situação inicial terá como base o levantamento epidemiológico de 2011.

1º momento: Apresentação da proposta do Plano para SMS e do panorama da saúde bucal das crianças da comunidade de Santo Elias (levantamento epidemiológico de 2011) à coordenação de Atenção Básica/Saúde Bucal, nas instituições de ensino e na ESF.

2º momento: Encaminhamento do Plano de Intervenção ao Comitê de Ética para obter autorização para a realização do levantamento epidemiológico em 2015.

3º Momento: Realização do levantamento epidemiológico a ser realizado em instituições de ensino da área adscrita e crianças que serão consultadas na USF.

Técnicas: A serem utilizadas nas instituições de ensino localizadas em áreas cobertas pela a ESF Santo Elias através das normas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

6.2 PERÍODO DE EXECUÇÃO

Etapa 1 - Educação Permanente dos Profissionais de Saúde da ESF de Santo Elias abordando o tema Saúde Bucal

Para treinamento dos ACS:

Todas as quartas-feiras, nas USB, no período de 15 às 17h, após a realização das VDs do dia, por dois meses. Após o primeiro mês os ACS estarão aptos a iniciarem as atividades educativas na sala de acolhimento/espera da unidade e no final do período, aptos para o início de captação de prioridades na comunidade durante as VDs.

Para treinamento dos demais profissionais:

Todas as sextas-feiras no período de 8 às 10h, em função de ser o dia da semana e horário de menor fluxo de usuários na USF, durante dois meses. Após o primeiro mês, os profissionais estarão aptos a atuar com uma visão integral de assistência na captação de prioridades na comunidade: Médico e Enfermeiro na hora da consulta, ACS nas VDs e Técnico de Enfermagem na hora da vacina, atendimento para bolsa família, pesagem.

Etapa 2 – Realização do tratamento educativo-preventivo e curativo odontológico das crianças menores de 6 anos de idade e de atividades de Educação em Saúde para Pais/Responsáveis acerca da saúde geral e bucal infantil, principalmente quanto à cárie dentária.

Apresentação da proposta na Associação de Moradores:

A ser realizada em agosto, no turno da manhã de terça-feira, por ser dia de reunião na associação de moradores de Santo Elias.

Início do Plano de Intervenção e das Atividades a serem realizadas pelo Grupo Operativo:

A ser realizada a partir de maio de 2015, dia de quinta-feira, sendo horário alternado semanalmente pelos turnos manhã e tarde, a cada dois meses permitindo maior abrangência da ação.

Encaminhamento para consulta odontológica os casos prioritários de crianças de até 6 anos de idade com a doença cárie, identificados nas VDS e consultas, assim como criação de agendamento para tratamento dos casos menos graves:

Ação terá início em junho de 2015, tendo a sexta-feira para realizar apenas tratamento odontológico infantil dos encaminhamentos pelos profissionais da Equipe.

Etapa 3 - Levantamento Epidemiológico para monitoramento e avaliação.

O primeiro levantamento epidemiológico foi realizado em setembro 2011, permitindo o planejamento de ações através da necessidade diagnosticada nesta população. Transcorrido um período de aproximadamente um ano da implantação da proposta de intervenção, será realizado um novo levantamento com a população infantil, podendo observar o impacto da ação na comunidade. A submissão do levantamento epidemiológico ao Comitê de Ética e sua execução estão previstos para após 1 ano de implementação da proposta de intervenção.

6.3 PÚBLICO ALVO

Todos os profissionais da ESF Santo Elias serão mobilizados e atuarão diretamente para que os objetivos do plano de ação sejam alcançados.

6.4. METAS/RESULTADOS ESPERADOS

- Obter a adesão de 100% dos profissionais ESF de Santo Elias ao Plano de Educação Permanente.
- Alcançar uma frequência de 80% dos pais/responsáveis nas atividades educativo-preventivas;
- Identificar 60% de crianças de famílias de risco ou vulnerabilidade;
- Realizar o tratamento odontológico em 40% de menores de seis anos;
- Realizar o exame clínico epidemiológico em 50% de menores de seis anos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação dos profissionais deve ser baseada na reflexão crítica sobre práticas de serviços prestados à população, em suas necessidades reais, na gestão e nas demandas do controle social em saúde, transformando as práticas profissionais e organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho.

Este plano de intervenção visa proporcionar uma capacitação de profissionais que fazem parte de uma Equipe de Saúde da Família para solucionar o problema de alta prevalência de cárie em crianças menores de 6 anos de idade, na comunidade Santo Elias, sendo um caminho apontado, a informação, capacitação da Equipe de Saúde da Família e o acolhimento desta população.

Uma equipe multiprofissional capacitada tem maior preparo para o enfrentamento aos principais problemas de saúde de uma população infantil, tendo conseqüentemente um favorecimento na melhoria da qualidade de vida infantil e uma linha de cuidado integral.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM R.G., *et.al.* Caries experience in a child population in a deprived area of Brazil, using ICDAS II, **Clin Oral Invest**, mar, 2011.

ANTUNES L.F., PERES M.A. e MELLO T.R.C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2006; 11:79-87.

BALDANI M.H., et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev. Bras. São Paulo**, v.13, n.1, mar. 2010.

BARBOSA A.P.M., KRIGER L., MOYSÉS S.T. e MOYSÉS S.J. Prevalência da doença cárie em crianças de cinco anos de idade na cidade de Curitiba – análise crítica. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.16 n.2 Brasília jun. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento do SUS: **Caminhos para educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde//2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica2/vdpf.pdf> >. Acesso em 10 jun. 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Projeto SB Brasil 2010: **Condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92p. Il. **Cadernos de Atenção Básica n.17**.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Available from: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria648_28_03_06.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PORTARIA Nº 399/GM DE 22 de Fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BROADBENT J.M. e THOMSON W.M. For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005 33:400–409.

CARDOSO L., RÖSING C., KRAMER P., COSTA C.C. e COSTA FILHO L.C. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. *Cad Saúde Pública* 2003;19(1):237-243.

CARDOSO F.C., *et al.* Unidade didática I: Módulo 3: **Planejamento e Avaliação das ações em saúde**, Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

CATANI D.M., MEIRELLES M.P.M.R. e SOUSA M.L.R. Cárie dentária e determinantes sociais de saúde em escolares do município de Piracicaba – SP. *Rev Odontol UNESP*, Araraquara. nov./dez., 2010; 39(6): 344-350.

CHIAVENATO I. **Administração de Recursos Humanos**. 2ed. V.3, São Paulo: Atlas, 1997.

FRIAS A.C., *et al.* Determinantes individuais e contextuais da prevalência da cárie dentária não tratada no Brasil. *Revista Panamericana de salud publica*, Washington, v.22, n.4, oct, 2007.

FULLER S.S. Trabalhando com Equipe de Cuidados Primários em Saúde para Promover a Saúde Bucal. In BONECKER, M SHEIHAM, A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência. Conhecimentos e Práticas: São Paulo, Santos p.177-195, 2004

GOMES P.R., COSTA S.C., CYPRIANO S. e SOUSA M.L.R. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública* 2004;20(3):866-870.

GONÇALVES R.M. **Comparativo entre os índices ceo/CPO e ICDAS em Saúde Pública**. Dissertação de Mestrado. Niterói, Rio de Janeiro. p.72, 2012

GONÇALVES R.M., CORVINO M.P.F., GROISMAN S., OLIVAL A.R.B., MILANOS E.R. e TOLEDO E. Prevalência da doença cárie em município do estado do Rio de Janeiro. *Perionews*. 2010. V.4 –n.2, Mar/Abr: 169-72.

GUEIROS L.A.M. e SILVA M.D.P. Inquérito de cárie dentária e perfil alimentar em escolares de 6 a 12 anos de duas populações da região metropolitana do Recife. *Odont Clin Cientif* 2003;2(3):201-209.

KNUPP R.R.S., *et al.* Análise de conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal. Resumos Ampliados do VI Seminário de Projetos de Integralidade: Saberes e Práticas no cotidiano de Instituições de Saúde Rio de Janeiro. **CEPESC: ABRASCO**, 2006. p.150.

MELLO T.R.C. e ANTUNES J.L.F. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2004;20(3):829-835.

NARVAI P.C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.381-92, 2000.

NASH et al. Perfil das Equipes de Saúde Bucal em Países de economia Emergente. **Eur J Dent**, 12 (Suppl 1) 111-119, 2008.

RIBEIRO A.G., et al. Cárie Precoce na Infância: Prevalência e fatores de risco em pré-escolares aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 21(6):1695-1700, 2005.

SALES-PERES S.H.C. e BASTOS J.R.M. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2002;18(5):1281-1288.

SALES-PERES S.H.C., MERCADANTE D.C.F., BASTOS J.R.M. e PEREIRA A.C. Epidemiologia da cárie dentária: distribuição e severidade em população de baixa prevalência. **Braz Oral Res** 2006;20(Suppl):38.

SCHROTH R.J e CHEBA V. Determining the prevalence and risk factors for early childhood caries in a community dental health clinic. **Pediatr Dent**. 2007 Sep-Oct;29(5):387-96.

SOHN W., ISMAIL A., AMAYA A. e LEPKOWSKI J. Determinants of dental care visits among low-income African-American children. **J Am Dent Assoc** 2007; 138:309–18.

TRAEBERT J.L., PERES M.A., GALESSO E.R., ZABOT N.E. e MARCENES W. Prevalência e severidade de cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. **Rev. Saúde Pública** 2001;35(3):283-288.

VASCONCELOS M., et al. Unidade Didática I, Módulo 4, Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.