

DANIELA FERREIRA MARCENES BARBOSA

Melhoria das condições de saúde bucal na ESF Joaquim Murcinho através de orientação de práticas de higienização. Congonhas-MG

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS

2010

DANIELA FERREIRA MARCENES BARBOSA

Melhoria das condições de saúde bucal na ESF Joaquim Murtinho através de orientação de práticas de higienização. Congonhas-MG

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

Orientadora: Márcia Helena Destro Nomelini

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS

2010

DANIELA FERREIRA MARCENES BARBOSA

Melhoria das condições de saúde bucal na ESF Joaquim Murtinho através de orientação de práticas de higienização. Congonhas-MG

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

Orientadora: Márcia Helena Destro Nomelini

Banca Examinadora

Prof. Márcia Helena Destro Nomelini () _____

Prof. Mara Vasconcelos () _____

Aprovada em Conselho Lafaiete/ MG: _____/_____/201

À comunidade Joaquim Murinho pelo amor com que me acolhe.

À ESF Joaquim Murinho pela colaboração e incentivo, por compartilhar comigo a construção deste trabalho.

À pequena Lícia por seu grande amor.

Agradeço,

Aos queridos Glayson e Christiane pelo apoio e carinho,
por tornar esta conquista possível.

Aos amigos Nisiele, Silvania e Wesley companheiros de trabalho e vida.

Ao tutor Max André pela compreensão e palavras de incentivo.

À orientadora Marcia Helena Destro Nomelini pela atenção dedicada.

“De tudo o que se tem ouvido a suma é:
Teme a Deus e guarda os seus mandamentos;
porque isso é dever de todo homem”

Eclesiastes 12: 13

RESUMO

Na década de 90, surge no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), com uma proposta de mudança do modelo assistencial a partir de uma reorganização da Atenção Básica, através da vigilância à saúde (SOUZA, 2005). Neste contexto histórico, surge em 1994 de forma muito rudimentar na comunidade Joaquim Murinho uma equipe de saúde. Localizada na zona rural no município de Congonhas, em Minas Gerais. Surgiu como um “Posto de Saúde” onde semanalmente atendiam médico e técnico de enfermagem. Em 2004 foi implantado o atendimento odontológico na equipe mantendo o mesmo modelo curativista e tecnicista. Em 2005 formou-se a primeira equipe de PSF na comunidade. Neste trabalho apresentamos uma proposta de intervenção na ESF Joaquim Murinho, no Município de Congonhas, Minas Gerais. Após avaliar a comunidade onde esta inserida a ESF, no que se refere à saúde bucal, observou-se como nó crítico a deficiente remoção da placa bacteriana causada principalmente pela ausência do uso de fio dental. Esta proposta visa orientar a população assistida pela equipe de ESF quanto à importância de manutenção da saúde bucal. Sensibilizar os profissionais da ESF sobre a importância a higienização bucal diária, priorizando a instalação do hábito de uso do fio dental, promover junto a comunidade a técnica eficiente de utilização de uso de escova e fio dental. Avaliar quantitativamente o uso do fio dental, e definir ações de promoção e prevenção e insumos necessários à implementação da proposta. Utilizaremos para tal os recursos do programa de saúde da família, trabalhando a prevenção através da orientação, partindo do núcleo familiar. Assim daremos a população recursos para o auto cuidado estimulando a formação de uma consciência sanitária.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família, saúde bucal, fio dental

ABSTRACT

In the 90s in Brazil emerges the Family Health Program (FHP), with a changing proposal of the assistencial model from a reorganization of the basic care, through the monitoring to the health (SOUZA, 2005). In this historical context emerges in 1994 of a very rudimentary form in the Joaquim Murtinho' community a health team. Located in the rural zone in the city of Congonhas, Minas Gerais. It appeared as a "health post" in which doctors and nursing technicians worked weekly. Dental services were implemented in 2004 to the team keeping the same curative and technicalities model. In this task we present a proposal of intervention in the ESF Joaquim Murtinho, in the City of Congonhas, Minas Gerais. After to evaluate the community where the ESF is inserted, as for the buccal health, it was observed as a critical point the deficient removal of the bacterial plate caused mainly for not using dental wire. This proposal aims to guide the population attended by the ESF team about the importance of maintenance of the buccal health. To sensitize the ESF' professionals on the importance the daily buccal hygienic, prioritizing the implementation of the inhabit of using dental wire, to promote next to community the efficient technique of to make use of brush and dental wire. Quantitatively to evaluate the use of dental wire, and to define necessary actions of promotion and prevention and supplies to implement the proposal. We will use for such the resources of the family health program, dealing to prevention through orientation, starting from familiar nucleus. So we will give to the population resources to their self-care, stimulating creation of a sanitary conscience.

Keywords: Family Health Strategy, buccal health, dental wire

Sumário

| | |
|--|-----------|
| 1. Introdução | 11 |
| 2. Objetivos | 15 |
| 2.1- Objetivo Geral | 15 |
| 2.2- Objetivos Específicos | 15 |
| 3. Revisão da Literatura | 16 |
| 4. Metodologia | 24 |
| 4.1- O Município De Congonhas – MG | 25 |
| 4.2- O Bairro Joaquim Murtinho | 27 |
| 4.3-A Unidade De Saúde Da Equipe Joaquim Murtinho..... | 28 |
| 5. Planejamento Das Etapas | 30 |
| 5.1 - Sensibilização da Equipe de Saúde da Família | 30 |
| 5.2 - Construção do Instrumento para Avaliação | 31 |
| 5.3 - Curso de Capacitação | 32 |
| 5.4 - Calibração das ACS para a Aplicação do Questionário | 33 |
| 5.5 -Coleta de Dados | 33 |
| 5.6 -Avaliação dos Dados | 34 |
| 5.7 Utilização das Visitas Domiciliares para Instrução de Higienização | 34 |
| 5.8 – Escovação Supervisionada | 35 |
| 5.9 - Trabalho Dentro dos Grupos Operativos | 35 |

| | |
|---|-----------|
| 5.10 Nova Aplicação do Questionário | 36 |
| 6. Resultados Esperados | 37 |
| 7. Considerações Finais | 38 |
| 8. Referências | 39 |

1. Introdução:

A partir da constituição de 1988, com o artigo 196, a saúde passa a ser vista como um direito de todo cidadão brasileiro e um 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. O texto constitucional, associado a outros textos normativos regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), homologado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, e também constituem a base legal para consolidação das ações de saúde bucal (SILVEIRA FILHO, 2002).

Na década de 90, surge no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), com uma proposta de mudança do modelo assistencial a partir de uma reorganização da Atenção Básica, através da vigilância à saúde (SOUZA, 2005).

Esta estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes, incorporando a atuação dos agentes numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas (COSTA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), uma unidade de saúde da família (USF) hoje denominada de unidade de atenção primária à saúde (UAPS) se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção.

Sob a ótica do cuidado multiprofissional em de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde por meio das Portarias n.º1.444, e em 06 de março de 2001 a n.º 267, incentiva e regulamenta a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, entendendo a saúde bucal como integrante desse processo. Em 2002 surge o “Brasil Sorridente” definido por Pucca Jr. como “a política de saúde bucal do Sistema Único de Saúde”. É a primeira vez na história que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações que fosse maior do que apenas os incentivos isolados à saúde bucal concedidos até o ano de 2002.” (PALMIER, 2008; SOUZA, 2005; PUCCA JUNIOR, 2006).

Neste contexto histórico, surge em 1994 de forma muito rudimentar na comunidade Joaquim Murtinho uma equipe de saúde. Localizada na zona rural no município de Congonhas, em Minas Gerais. Surgiu como um “Posto de Saúde” onde semanalmente atendiam médico e técnico de enfermagem. Em 2004 foi implantado o atendimento odontológico na equipe mantendo o mesmo modelo curativista, tecnicista.

No ano de 2005, através de processo seletivo simplificado foram contratados médica, enfermeiro, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgiã dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB): Formou-se a primeira equipe de Saúde da família (ESF) da comunidade que recebeu o nome ESF Joaquim Murtinho. Ainda de forma precária porque possuía uma área de abrangência muito extensa incluindo os distritos Alto Maranhão e Pequeri. Os profissionais de nível superior dividiam seu tempo entre os distritos, cuidando de uma área com o dobro do número de habitantes proposto pelo Ministério da Saúde. Em 2007 a equipe se dividiu, tornando-se independente da ESF Alto Maranhão, mas Joaquim Murtinho ainda apresentava estrutura física precária. Em 2008 foi construída uma nova sede na comunidade.

Atualmente, a Equipe Joaquim Murtinho é composta por quatro distritos. É uma área extensa. O maior destes distritos dá nome a Equipe distante 8,5 Km do centro de Congonhas e nele fica a sede da mesma, situada entre Congonhas e Lafaiete (15 km). Os distritos Vila Cardoso e Vila José Marques estão aproximadamente 2,5 Km do Joaquim Murtinho. São próximos separados pela BR040 o que faz necessário um ponto de apoio em cada local. A comunidade do Lobo Leite é a mais distante e devido a isso já fez parte de outras equipes de PSF. A distância faz com que ela tenha consultório odontológico próprio e no momento está sob cuidado Policlínica Central. Lobo Leite é situado as margens da rodovia que liga Congonhas a Ouro Branco. A área de abrangência faz divisa com a cidade de Conselheiro Lafaiete, PSF Alto Maranhão (Congonhas) e PSF Profeta (Congonhas) e Ouro Branco.

Por se tratar de uma equipe formada por distritos distantes faz-se necessário a utilização de quatro unidades de saúde, uma localizada em cada distrito. A médica e o enfermeiro visitam os distritos melhorando o acesso.

Em junho de 2008 foi realizada a primeira reunião com os líderes comunitários, identificados pela equipe em busca de conhecer e integrar os projetos. Um dos objetivos da equipe é informá-los das atribuições da ESF e torná-los co-responsáveis em todo o processo

de planejamento e execução das ações de saúde. Mesmo com muita dificuldade tem-se buscado manter o processo contínuo, para que consciente dos seus direitos e deveres os usuários possam exercer o controle social.

Na ESF Joaquim Murtinho, a Equipe de Saúde Bucal é parte integrante e ativa, os projetos são formulados nas reuniões mensais com toda equipe, respeitando a referência técnica. É comum saírem destas reuniões problemas a serem abordados e meios de resolvê-los. Sabe-se que a cárie dental é uma doença multifatorial, na qual estão envolvidos os seguintes fatores: presença de placa cariogênica, fatores do hospedeiro, hábitos de higiene, acesso ao flúor e dieta. Afeta as superfícies mineralizadas do dente (esmalte, dentina, cimento) e decorre de um processo dinâmico que acontece na placa bacteriana aderida à superfície dentária toda vez que carboidratos em geral, e especialmente a sacarose, são metabolizados, resultando em flutuações do pH da placa e, conseqüentemente, em distúrbio do equilíbrio entre a substância do dente e o fluido da placa adjacente (THYLSTRUP; FEJERSKOV,1995).

A escovação dos dentes acompanhada do uso de fio dental é a forma mais comum de eliminar a placa bacteriana, sendo amplamente aceita como um comportamento social desejável, de baixo custo, fácil execução. Recomendada como a forma mais prática e eficiente de prevenir doença periodontal e cárie.

Por outro lado, o uso regular do fio dental não é um hábito comum para a maioria da população dos países industrializados, sendo que apenas uma parcela restrita da mesma os utiliza regularmente. Para nossa realidade onde grande parte da população tem baixo grau de instrução, baixo poder aquisitivo, esta realidade se torna ainda mais gritante.

Essa proposta de intervenção surgiu durante uma das reuniões de equipe quando foi questionado sobre o uso do fio dental. Foi identificado que o uso de fio dental ainda não é um hábito nas famílias da comunidade. Embora o tema seja trabalhado arduamente com usuários e escolares ainda observamos na clínica grande número de lesões de cárie interproximal, gengivite e acúmulo de tártaro. Surgiu aí um problema e para ele a necessidade de uma proposta de intervenção com o objetivo de articular a equipe e os sujeitos envolvidos visando uma construção coletiva para o alcance de resultados positivos que venham transformar essa realidade.

Este projeto tem como objetivo orientar a população assistida pela equipe de ESF Joaquim Murtinho quanto à importância da manutenção da saúde bucal, priorizando a instalação do

hábito da higienização diária e do uso do fio dental, orientando a população quanto à técnica correta de utilização do uso da escova dental e do fio dental.

2 - OBJETIVOS

2.1 – GERAL

Orientar a população assistida pela equipe de ESF Joaquim Murtinho quanto à importância de manutenção da saúde bucal

2.2- ESPECÍFICOS

1-Sensibilizar os profissionais da ESF sobre a importância a higienização bucal diária, priorizando a instalação do hábito de uso do fio dental.

2-Promover junto à comunidade a técnica eficiente de utilização do uso da escova dental e do fio dental.

3- Avaliar quantitativamente o uso do fio dental na população assistida.

4-Definir ações de promoção e prevenção e insumos necessários à implementação da proposta.

3. Revisão da literatura:

Antonio Dercy Silveira Filho (2002), em seu artigo “A Saúde Bucal no PSF: O desafio de mudar a prática” lembra de maneira muito apropriada que os princípios do SUS também regem a Saúde bucal e se propõem a seguir os mesmos princípios: Ser um direito básico, acessível a todo cidadão, pautado na equidade, universalidade e integralidade, compondo um sistema hierarquizado em níveis de complexidade. Neste texto diz:

Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. O desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social. Um desafio anterior à própria formulação da estratégia de saúde da família, que traz nada além de uma maneira, uma forma de organizar a atenção básica à saúde, consolidando nas ações da prática em saúde bucal, no nível da atenção básica, a validação dos princípios constitucionais do SUS. Isto porque a própria forma de se pensar a saúde bucal em saúde pública passa pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva. Decididamente não é apenas uma mudança semântica. Constitui-se num novo paradigma para os profissionais da saúde bucal, sendo imprescindível que no bojo de sua discussão se almeje a consolidação da cidadania brasileira.

A equipe de saúde bucal, assim como a equipe básica, prioriza ações de promoção, prevenção e reabilitação do indivíduo, tendo como foco o ambiente familiar, cuidando desde o recém nascido ao idoso. Buscando a integralidade. Não se restringindo ao setor de saúde, mas articulada com diferentes setores para que possa intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde doença (EMMI, 2008).

MEJIAS, N. P. (1984) em seu artigo “O psicólogo, a saúde coletiva e o esforço preventivo” cita Michael (1982):

Depois de afirmar "concordamos todos que chegou à hora da prevenção", fala da necessidade e uma reordenação de prioridades na área de saúde, tendo em vista quatro fatores de maior responsabilidade em termos de causa mortis: a) fatores comportamentais ou estilo de vida insalubre; b) riscos ambientais; c) fatores biológicos humanos e d) inadequações no sistema de cuidados com a saúde, atualmente em vigência. Esse Autor avalia a influência de cada um desses fatores e com base em dados de 1979, extraídos do CDC (Centre for Disease Control), conclui que 50% das mortes ocorridas nos Estados Unidos têm como fator determinante o próprio comportamento do indivíduo ou seu estilo de vida. Dos restantes 50%, 20% seriam devidos a fatores ambientais, 20% a fatores biológicos e apenas 10% a cuidados inadequados com a saúde. Para Michael parece claro que os esforços predominantes para melhorar o estado de saúde dos cidadãos americanos não se devem dirigir ao tratamento da saúde, mas aos programas de prevenção. Uma prevenção que deverá levá-los a reconhecer sua própria responsabilidade nos cuidados da saúde, concentrando-se, de um lado, em mudanças de hábitos e costumes que podem levar à doença (fumar, comer em excesso, por exemplo) e de outro, no desenvolvimento de hábitos (como a prática de exercícios físicos).

No mesmo artigo Mejias (1984) cita Matarazzo (1982):

O comportamento dos indivíduos é um assunto pouco explorado no estudo e compreensão da saúde. E entre os comportamentos, aparentemente mais ligados aos problemas de saúde, menciona o abuso do fumo, do álcool e do sal; a prática deficiente da higiene dental; a falha no uso de cintos de segurança nos automóveis entre outros. (...) Nos últimos 80 anos os conhecimentos relacionados a moléstias infecciosas, imunologia e epidemiologia alteraram de modo marcante os padrões de doença dos americanos (reduzindo ou mesmo eliminando a tuberculose, o sarampo, a poliomielite e a influenza) há de se notar que ocorre, ao mesmo tempo, o aumento de casos de câncer de pulmão, de moléstias cardiovasculares, de abuso da droga e do álcool, bem como o de problemas derivados de acidentes de motocicleta e de carro. Há de se notar que estes últimos estão muitas vezes relacionados ao abuso do álcool e todos eles estão freqüentemente ligados aos comportamentos do indivíduo ou seu estilo de vida. O levantamento de fatos como esses confirmam palavras do médico e filósofo social Knowles para quem "mais de 99% entre nós nasce saudável e fica doente devido a uma conduta pessoal imprópria e a condições ambientais". Para ele, a solução dos problemas de saúde precária na sociedade americana envolve, primeiro, a responsabilidade individual e, segundo, a responsabilidade social, e esta última através de uma legislação adequada e de esforços voluntários privados.

Mesmo datado de abril de 1984 e focado na realidade americana o artigo citado apresenta um tema atual, fonte de pesquisas: Qual a melhor forma de se trabalhar prevenção de doenças? Como mudar o foco de “tratar doença” para “promover saúde”?

A criação do vínculo é muito valiosa por que através dela vem a co- responsabilidade, a sensibilização, algo que é muito maior que motivação, porque depois de despertada exige muito menos o reforço contínuo.

Em sua área de abrangência, a equipe completa de saúde da família deve conhecer não só o indivíduo, mas todo o contexto social onde ele está inserido. Conhecer não só o território geográfico, mas como vivem, em que trabalham, os projetos sociais que participam, as atividades de lazer, principais problemas de saúde na comunidade. Este saber permite a elaboração do diagnóstico situacional e, baseado neste, o planejamento de práticas que permitam ao usuário melhores condições de vida, de saúde em sua própria ótica. Assim se estabelece o vínculo.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal definidas pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica Ministério da Saúde no ano de 2004 reforça este conceito quando diz:

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, 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.

Informação é outro caminho para a mudança de hábitos, de conduta.

Neste processo de construção de um diagnóstico situacional temos observado o que a literatura fala de forma redundante, a cárie é um grande problema de saúde pública (LOSSO, 2009). Que junto à doença periodontal, segunda maior causa de patologia dentária na população humana no mundo (ALMEIDA, 2006), são fatores que levam a perda precoce do elemento dental (SILVA, 2008).

No levantamento epidemiológico realizado no Brasil, em 1986, a maioria absoluta da população examinada (94,6%), apresentava sangramento gengival. Além disso, o nível de doença periodontal estava associado com nível de renda, sendo que o extrato com renda mais baixa apresentava o maior nível de doença periodontal. (ABEGG, 1997)

Dados do levantamento epidemiológico SB– Brasil, realizado em Minas Gerais, 2003 relata em relação a cárie dentaria que quase 22% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo comprometido por cárie, sendo que aos 5 anos essa proporção aumentou para 52,3%. O índice CPOD aos 12 anos foi de 2,01; de 15 a 19 anos foi de 5,9; De 35 a 44 anos de 20,78 e entre 65 a 74 anos foi de 29,19 (MINAS GERAIS, 2007).

Dados relativos à condição periodontal mostram que apenas cerca de 18% dos adultos e 4% dos idosos apresentavam gengivas sem sinais de doença periodontal. O calculo dental foi a condição mais observada nestes dois grupos etários (MINAS GERAIS, 2007)

Em se tratando da doença cárie, para o entendimento do processo saúde-doença, é importante lembrar que vários são os fatores condicionantes (multicausalidade), não nos restringimos neste momento a fatores biológicos: a tríade- hospedeiro susceptível, dieta e microorganismos enquadrados dentro do fator tempo (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).
Petry, P.C. *et al* citam:

Fatores sócio-econômicos, genéticos e familiares encontram-se em primeiro nível hierárquico de causalidade e podem influenciar os fatores localizados em níveis inferiores. No segundo nível, encontram-se fatores comportamentais (como o tabagismo e o uso de álcool), o papel do dentista, além de conhecimentos e atitudes relacionados à saúde bucal. A seguir, em terceiro nível e influenciados pelas variáveis acima, vêm os hábitos dietéticos, de higiene oral e o uso de fluoretos, os quais constituem os determinantes proximais (intrabucais) da ocorrência de cáries. Estas variáveis exercem efeito direto na presença ou ausência de cáries, ao mesmo tempo em que intermedeiam os efeitos dos fatores anteriores.

Nos mesmos fatores condicionantes podemos incluir a doença periodontal (DPO). Nas ultimas décadas a doença periodontal tem sido área de grande interesse para pesquisa por ser associada a várias doenças sistêmicas.

A principal relação está entre a doença periodontal e diabetes mellitus (ALMEIDA, 2006; BRUNETTE, 2004 e SILVA, 2008). Motivo de grande preocupação porque se estima

177 milhões de diabéticos no mundo e a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que este número possa duplicar até 2030 devido ao envelhecimento populacional, hábitos alimentares incorretos, obesidade e sedentarismo (ALMEIDA, 2006; BRUNETTE, 2004). As complicações orais desta patologia são múltiplas e incluem xerostomia, risco aumentado de carie dentária e presença de problemas periodontais (75% dos pacientes diabéticos). Sobre ela Almeida R.F. et al (2006) cita:

A Doença Periodontal é considerada a sexta complicação da Diabetes e encontra-se bem documentado na literatura que indivíduos com Diabetes Mellitus têm um elevado risco de sofrerem de Doença Periodontal. Na verdade, não é só a prevalência da Doença Periodontal que está aumentada em indivíduos diabéticos, também a sua progressão e severidade é mais rápida e agressiva. (...) Ainda que alguns estudos epidemiológicos tenham apresentado correlação positiva entre os diabéticos mal controlados e uma situação mais severa de Periodontite, sugerindo que o controle metabólico poderia afetar positivamente a situação clínica desta doença, não é possível afirmar a existência de uma relação de causa-efeito entre elas(...). Parece existir uma possibilidade do tratamento periodontal, em pacientes diabéticos, resultar num melhoramento do controle metabólico, especialmente em pacientes mal controlados.

Tervonen T e col. e Westfelt E. e col. apud Almeida R.F. et al (2006) avaliando a resposta do tratamento periodontal em pacientes diabéticos (tipo I e tipo II) e não diabéticos, concluíram que os indivíduos diabéticos não controlados apresentavam uma pior resposta ao tratamento periodontal que os indivíduos não diabéticos.

Estudos relatam ainda que quando se controla a glicemia geralmente tem-se uma melhora no quadro periodontal (ALMEIDA, 2006; SILVA, 2008). Alguns estudos falam que o contrário (melhora da DPO resultando em um melhor controle de glicemia) também é verdadeiros embora hajam estudos contrários.

Almeida, R.F. et al (2006) e Brunette, M. C. et al ainda citam outras patologias também associadas à Doença Periodontal: doenças cardiovasculares, as infecções respiratórias, a artrite reumatóide e a ocorrência de partos prematuros. Cruz, S.S.(2005) et al fizeram uma revisão da literatura constatando uma possível relação entre a DPO e nascimento de crianças com baixo peso. Silva, E.M.M.(2008) acrescenta:

Outros fatores sistêmicos como o desequilíbrio hormonal, deficiência protéica, vitamínica e de sais minerais, síndrome de adesão do leucócito, hipofosfasia, neutropenia, síndrome de Chediak-Higashi e leucemia predispoem ao desenvolvimento de doenças periodontais, embora nenhuma dessas condições tem a capacidade de induzir doença periodontal inflamatória na ausência de placa (BIMSTEIN e MATSSON, 1999; KINANE, 1999).

Outro fato a notarmos é que com decréscimo da taxa de mortalidade e a melhoria das condições de saneamento básico aumentou a expectativa de vida da população, gerando um

processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. É importante lembrarmos que a medida que envelhecemos envelhecem também os tecidos periodontais. Sobre isto AJWANI e AINAMO, 2001 apud Silva, E.M.M. (2008) falam:

Os tecidos periodontais, geralmente, mostram evidências de envelhecimento natural durante o processo de desenvolvimento, onde o grau de colapso periodontal aumenta com a idade. Dessa forma, a inflamação periodontal tende a progredir rapidamente, e os tecidos mostram uma taxa mais baixa de cicatrização. Estes fenômenos são potencializados pela susceptibilidade do periodonto à doença periodontal.

E o que a doença periodontal e a cárie possuem em comum? Um fator desencadeante, a placa bacteriana, sem a qual nem uma nem outra ocorrem. Dessa forma, a prevenção e o controle da formação da placa bacteriana dental são as medidas mais importantes para a manutenção da saúde bucal. A limpeza mecânica, através da escova dental e de outros agentes auxiliares interproximais é o principal meio de remoção e controle da placa bacteriana.

Práticas adequadas de higiene oral, uso adequado de escova, fio dental e dentifrício são eficazes na eliminação da placa bacteriana, que comprovadamente causam tanto a cárie dentária quanto doença periodontal de acordo com os microorganismos que a compõem.

É marcante o declínio recente na experiência da doença cárie, em especial, na população jovem de países industrializados e até mesmo na população de algumas cidades de nosso país, citando Traebert, J.L. et al (2001):

No primeiro estudo epidemiológico em saúde bucal de abrangência nacional, realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde, detectou-se que a carie dentária atingiria CPO-D de 6,7 aos 12 anos de idade, sendo a prevalência superior a 90%. Esta situação era distanciada da meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000, CPO-D aos 12 anos menor ou igual a 3,0. Entretanto estudo mais recente (1996) apontou significativa queda de severidade de carie aos 12 anos no país, apresentando um CPO-D médio de 3,1 e prevalência de 75%. Ambos os estudos foram realizados apenas em capitais, existindo dúvidas se o mesmo ocorre no interior do país.

Observamos que as maiores reduções ocorreram onde foram oferecidos programas coletivos amplos de atenção às crianças, como fluoretação da água de abastecimento, programas educativos preventivos e maior acesso a tratamento odontológico.

O uso do flúor é forte aliado, presente na água de abastecimento e em uso tópico como nos dentifrícios e soluções para bochecho. Nas últimas décadas do século 20, a medida de maior impacto referente no controle do desenvolvimento da doença cárie foi o uso de flúor. Como cita MAIA L.C. et al:

(...) Em relação à utilização do flúor em saúde pública, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, a fluoretação das águas de abastecimento público tem sido uma das principais medidas envolvidas na redução dos índices de cárie em todo o mundo (WHO, 1994). Além disso, foi considerada nos Estados Unidos como uma das dez principais medidas de saúde pública do século 20 (Anonymous, 2001).

Até o ano de 2008, Congonhas não contava com água de abastecimento tratada, não contando então com a adição de flúor. Como tentativa de minimizar as conseqüências desta falta o setor de odontologia promovia mensalmente em escolares (alunos de 6 a 14 anos) devidamente autorizados aplicação tópica de flúor junto com a instrução de higienização.

Atualmente, por grande parte da cidade já possuir água tratada, são realizadas quatro etapas de escovação, revelação de placa, instrução de higienização e aplicação tópica de flúor em escolares. Já não há limitação por idade abrangendo assim todos os escolares, outro avanço foi uma parceria entre as Secretarias de Educação e de Saúde, onde no ato da matrícula o aluno recebe autorização dos pais para participar dos grupos de escovação.

Para a realização deste, a prefeitura municipal disponibilizava escova e creme dental além de profissionais devidamente capacitados.

Durante este trabalho temos observado que embora os alunos recebam orientação de uso do fio dental os mesmos não apresentam o hábito de uso, seja por não poder adquiri-lo, seja por falta de motivação, seja por falta de orientação aos pais (que não conhecem a importância e assim não constroem o hábito).

Observamos em estudos que o uso regular do fio dental não é um hábito comum para a maioria da população dos países industrializados, sendo que apenas uma parcela restrita da mesma os utiliza regularmente. Para nossa realidade onde grande parte da população tem baixo grau de instrução, baixo poder aquisitivo, esta realidade se torna ainda mais gritante.

Em artigo escrito após pesquisa de campo Lisboa I. C. e Abegg, C. 2006 observou que mais da metade das pessoas (56,7%) não utilizava o fio dental.

Abegg, C. (1997) após avaliar adultos porto-alegrenses e confrontar com a literatura cita:

No que diz respeito ao uso do fio dental, pessoas de categorias socioeconômicas elevadas usam mais fio dental do que pessoas de categorias socioeconômicas mais baixas (Gift, 1986; Todd e Lader, 1992). Este resultado foi plenamente confirmado pelo presente estudo. A posição social influencia uma série de fatores na vida das pessoas, os quais podem refletir nos hábitos e comportamentos. Em relação ao uso do fio dental, um forte condicionante é o fator econômico, uma vez que se trata de produto caro, acessível apenas a uma parcela reduzida da população brasileira. No

que diz respeito ao sexo, não se encontrou diferença significativa no uso do fio dental entre os homens e as mulheres.

Em artigo publicado em 2004 com o título *Comparação Do Conhecimento Sobre Cárie Dental E Higiene Bucal Entre Professores De Escolas De Ensino Fundamental*, Campos, J.A.D.B. e Garcia P.P.N.S. avaliam através de questionário o conhecimento de professores separando em dois grupos: Grupo “A” formado por professores de escola central e “B” professores de escolas de periferia. Da análise dos dados obtidos foi feita a transcrição:

Quanto ao conceito de placa bacteriana, 36,9% do grupo A afirmaram não sabê-lo enquanto do grupo B este número foi de 42,1%. Porém, observando-se as respostas verificou-se que apenas um professor realmente sabia o que era placa bacteriana, número muito baixo e que demonstra que nenhum dos grupos realmente detinha este conhecimento. Esta afirmativa pode ser confirmada quando perguntou-se sobre a remoção da placa bacteriana onde 52,6% (A) e 73,7% (B) dos professores acreditavam que a mesma só pode ser removida pelo dentista e 21,1% (A) e 26,3% (B) não sabiam como fazê-lo.

Com relação aos cuidados bucais, a grande maioria (A: 63,1%;B: 68,4%) dos participantes não sabiam as características de uma escova dental nem a função correta do fio dental (A: 100%; B: 100%).

A frequência do uso de fio dental mostrou-se alta nos dois grupos contudo, quando avalia-se as respostas referentes à função do fio dental verifica-se que este tem sido utilizado apenas para remoção de partículas sólidas de alimentos presas entre os dentes. O mesmo foi encontrado por Santos et al.11 (2003) que acreditam ser este mais um ponto preocupante a ser trabalhado dentro dos programas de saúde bucal. Pela observação da Tabela 1, pode-se verificar que apenas 15,8% dos professores do grupo A demonstraram não conhecer quais doenças bucais a placa bacteriana pode causar enquanto este número foi de 31,6% para o grupo B. Vale a pena ressaltar que para o grupo A, 47,5% relacionaram a placa com a inflamação da gengiva e o aparecimento de cárie enquanto que para o grupo B foram 21%. Outro aspecto preocupante a ser comentado é que 10,5% dos professores do grupo B relacionaram a placa dental com o surgimento de câncer.

A educação em saúde bucal é um componente muito importante nos programas de controle de placa e em geral básico para o incentivo e o envolvimento do paciente nos cuidados regulares de sua saúde bucal (CAMPOS, 2004; SILVA, 2008)

Uma boa higiene bucal é parte integrante das práticas de saúde geral e um significativo elo de seu alcance e estabelecimento. Pessoas com estilos de vida mais saudáveis, mais frequentemente, escovam seus dentes e usam o fio dental (LISBOA, 2006).

Sem a utilização do fio dental, a higienização não se completa deixando margem ao aparecimento de cáries interproximais (desmineralização do tecido dental causando cavidades) e a doença periodontal (pelo acúmulo de placa bacteriana, levando a formação de tártaro e conseqüente perda óssea).

A utilização do fio dental é simples, e, quando comparada ao custo do tratamento das lesões que evita se torna infinitamente mais barato.

Este projeto tem como objetivo orientar a população assistida pelas equipes de PSF quanto à importância de manutenção da saúde bucal, importância à higienização diária, priorizando a instalação do hábito de uso do fio dental, instruindo a população quanto à técnica correta de utilização de uso de escova e fio dental.

4. Metodologia

Trata-se de uma proposta de intervenção na ESF Joaquim Murтинho, no Município de Congonhas, Minas Gerais. Após avaliar a comunidade onde está inserida a ESF, no que se refere à saúde bucal, observamos como nó crítico a deficiente remoção da placa bacteriana causada principalmente pelo não uso de fio dental.

Esta proposta visa orientar a população assistida pelas equipes de ESF quanto à importância de manutenção da saúde bucal. Sensibilizar os profissionais da ESF sobre a importância a higienização bucal diária, priorizando a instalação do hábito de uso do fio dental, promover junto a comunidade a técnica eficiente de utilização de uso de escova e fio dental. Avaliar quantitativamente o uso do fio dental, e definir ações de promoção e prevenção e insumos necessários à implementação da proposta.

A proposta será construída por meio de várias etapas.

1- Realizar uma capacitação em saúde bucal para todos os profissionais da ESF Joaquim Murтинho visando o envolvimento e a sensibilização de todos os sujeitos em sua forma de pensar e agir.

2- Construir junto com a equipe um instrumento para avaliar as famílias em relação aos hábitos de higiene bucal: Qual é a frequência da escovação e do uso do fio dental. Qual é a forma de acondicionar a escova dental e qual é a frequência de suas trocas. E se todos na família possuem sua própria escova.

3-Calibração das ACS para a aplicação do questionário.

4- Aplicação do questionário.

5-Avaliação dos dados.

6-Análise estatística e diagnóstico.

7-Definir ações de promoção e prevenção e insumos necessários à implementação da proposta, como: Ações de escovação supervisionada com as famílias, com evidência de placa bacteriana, avaliação da técnica de escovação utilizada pelo indivíduo e orientação quanto ao uso do fio dental. Ações nos grupos operativos da unidade com o objetivo de orientação e educação em saúde bucal.

4.1 - Município de Congonhas – MG

O distrito de Congonhas do Campo foi criado em seis de novembro de 1746, subordinado ao município de Ouro Preto. Em sete de setembro de 1923, foi transferido para Queluz (hoje Conselheiro Lafaiete). Em 17 de dezembro de, 1938 o distrito de Congonhas do Campo foi emancipado de Conselheiro Lafaiete junto com o distrito de Lobo Leite que foi desmembrado de Ouro Preto. Em 31 de dezembro de 1943, Congonhas do Campo recebeu de Conselheiro Lafaiete o distrito Alto Maranhão.

Após a emancipação, os primeiros dois prefeitos foram nomeados pelo governo estadual; em 1947 houve a primeira eleição direta. Nesta época, o município possuía uma pequena receita, o que o tornava um dos municípios mais pobres de Minas Gerais.

O nome Congonhas do Campo deve-se ao fato de existir nos campos da cidade a planta congonha, um arbusto medicinal e ornamental. A palavra Congõi (Congonhas) é de etimologia tupi-guarani e quer dizer “o que sustenta”, “o que alimenta”. A Lei Estadual 336, de 27 de dezembro de 1948, simplificou a denominação do município, reduzindo-a para Congonhas.

Congonhas é uma cidade histórica, contemplada com um grande número de obras de Antonio Francisco Lisboa – o “Aleijadinho” e pinturas do mestre Ataíde, sendo por isso tombada pelo Patrimônio Histórico Nacional e considerada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura-UNESCO como patrimônio cultural da humanidade.

O município possui uma área de 305,1Km², localizado na região central de Minas Gerais, na microrregião de Conselheiro Lafaiete, da qual fazem parte 12 municípios. Possui relevo montanhoso. Sua população apurada pelo censo de 2007 é de 45.984 habitantes. Registra-se uma taxa de crescimento demográfico anual de 18,5%.

Segundo o censo 2000, a esperança de vida ao nascer em Congonhas era de 71,2 anos e a média de filhos por mulher de 2,4. A taxa de analfabetismo de 8,4% e a média de anos de estudo de 5,9 anos.

Sua posição geográfica permite fácil acesso rodoviário às grandes capitais como Belo Horizonte, 78 km; Rio de Janeiro, 370 km; São Paulo, 580 km; Vitória, 565 km e Brasília a

850 km. A ligação é feita através das rodovias BR- 040, BR-116, BR-383, BR-381 e BR-262.

Congonhas é um município que possui uma economia forte e dinâmica em relação a outros municípios do mesmo porte. Seu setor primário caracteriza-se por uma agricultura e pecuária de subsistência, gerando pouco excedente para ser comercializado no município e menos ainda nos municípios vizinhos. Em pequena escala produz tomate, milho, feijão e hortifrutigranjeiros. Alguns produtores estão investindo na Indústria Caseira de Alimentos.

No setor secundário a principal atividade econômica do município é a extração do minério de ferro, consumido em sua maior parte pela Cia. Siderúrgica Nacional (Usina de Volta Redonda) e pela FERTECO/Vale do Rio Doce (ferro e manganês). A maior usina da América do Sul, a GERDAU AÇOMINAS, tem 83,92% de suas instalações no município de Congonhas. Entre os minerais explorados economicamente no município destacam-se o ocre, caulim, talco, pedra-sabão, manganês, calcário e dolomítico.

No setor terciário, segundo dados do mês de março de 2001, divulgados pela Secretaria Municipal da Fazenda, existem em Congonhas 839 estabelecimentos comerciais. O comércio da cidade é basicamente varejista, formado por empresas de pequeno porte. O Turismo vem se apresentando como uma atividade econômica emergente. A rede bancária local apresenta seis agências, sendo duas oficiais e quatro privadas.

Em relação à saúde, o município conta com um hospital (Hospital Bom Jesus), uma Policlínica para atendimento das urgências e especialidades médicas, 11 equipes da ESF e, para cobertura de 100% da população na atenção primária conta com um PACS. Congonhas conta também com centros de referência para mulher (clínica M), para crianças (clínica da criança), um centro de saúde mental e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para onde os PSF referenciam alguns de seus pacientes.

A ESF conta com uma rede de médicos especialistas para onde, quando necessário, os usuários são encaminhados. Quando o município não possui meios de oferecer ao paciente atendimento no nível de complexidade exigido o mesmo é encaminhado via “SUS fácil” a Conselheiro Lafaiete, Belo Horizonte ou Barbacena.

Nos últimos cinco anos a cobertura pela equipe de saúde bucal dentro da ESF cresceu significativamente, de dois para dez equipes. Sete destas equipes são modalidade I e três modalidade II. As áreas onde a ESF funciona incompleta (sem equipe de saúde bucal)

recebem cobertura da policlínica central. A cidade tem como objetivo que todas as equipes se tornem completas (saúde bucal junto à equipe básica). E que todas as equipes de saúde bucal se tornem modalidade II. Também tem se organizado para a construção do Centro de Especialidades Odontológica (CEO).

4.2 – O Bairro Joaquim Murtinho

A área de atuação da Equipe Joaquim Murtinho é composta por quatro distritos. É uma área extensa.

O maior destes distritos dá nome a Equipe distante 8,5 Km do centro de Congonhas, nele fica a sede da Equipe. Situado entre Congonhas e Lafaiete (15 km).

Os distritos Vila Cardoso e Vila José Marques estão aproximadamente 2,5 Km do Joaquim Murtinho. São distritos próximos separados pela BR040 que faz necessário um ponto de apoio em cada distrito.

A comunidade do Lobo Leite é a mais distante e devido a isso já fez parte de outras equipes de PSF. A distância faz com que ela tenha consultório odontológico próprio e no momento está sob cuidado Policlínica Central. Lobo Leite é situado às margens da rodovia que liga Congonhas a Ouro Branco.

A área de abrangência faz divisa com Lafaiete, ESF Alto Maranhão (Congonhas) e ESF Profeta (Congonhas) e Ouro Branco.

A população na sua maioria trabalha nas mineradoras direta ou indiretamente (caminhoneiros, mecânicos, restaurantes que servem comida para as firmas...). Há também uma parte rural que trabalha em sítios esparsos. A comunidade tem crescido com a expansão das mineradoras como, CSN, Vale do Rio Doce e a siderúrgica Gerdau Açominas o que também tem aumentado nossa população flutuante. A maioria é vinda do nordeste (Alagoas, Sergipe) grande parte é analfabeta ou semi-analfabeta. No geral estas famílias são grandes, com muitas crianças em idade próxima, o que também afeta a educação porque as escolas da unidade- sede tem tido dificuldade de acomodar todos estes alunos.

O bairro Joaquim Murtinho faz divisa com conselheiro Lafaiete e na mesma região tem cerca de 60 famílias. Por não ter atendimento médico- odontológico por Lafaiete, os moradores procuram a UBS sede aumentando a demanda espontânea mesmo não tendo agentes comunitários de saúde.

4.3 – A Unidade de Saúde da Equipe Joaquim Murtinho

Por se tratar de uma equipe formada por distritos distantes faz-se necessário a utilização de quatro unidades uma localizada em cada distrito. A comunidade Joaquim Murtinho (sede) recebeu em janeiro de 2008 um prédio novo construído para este fim com sala de reunião, de curativo, de enfermagem, dois consultórios médicos, consultório odontológico com dois equipos e escovódromo com cinco pias, sala de esterilização, lavanderia, expurgo área privativa para os funcionários e uma ampla recepção com televisão. Ainda falta algum mobiliário, mas aos poucos temos recebido o material necessário.

A unidade funcionava em uma casa adaptada há quase 20 anos e que em 2005 passou a abrigar a Equipe de Saúde da Família. Estava em condições precárias com muito mofo, teto caindo reboco, etc.; tanto a equipe quanto a comunidade estão muito satisfeitos com o novo prédio.

No distrito de Lobo Leite temos uma casa adaptada que em 2007 passou por uma reforma. Das três unidades (além da principal) é a mais confortável. Apresenta sala de enfermagem, consultório odontológico com uma equipe, consultório médico, sala de recepção onde também funciona o Correio.

A unidade de Vila José Marques possui um consultório dividido pelo médico e pelo enfermeiro, recepção e cozinha, sala de curativos e farmácia e uma pequena sala onde também funciona o Correio.

A Unidade da Vila Cardoso apresenta uma sala de curativo, um consultório médico, sala de recepção. Para entrar no consultório é necessário passar pela cozinha. Até início deste ano funcionava em uma sala cedida pela escola. Nas três últimas unidades não há sala de reunião e quando precisamos utilizamos a escola (Vila Cardoso), a igreja (Vila Marques), o salão comunitário (Lobo Leite).

A equipe Joaquim Murtinho é formada pelos seguintes profissionais:

- 2 enfermeiros: Um trabalhando na administração (gerenciamento, folha de ponto, fechamento de produção) se divide entre 3 equipes; outro trabalhando na assistência (realizando consultas, visitas domiciliares, grupos operativos etc.).
- 1 médica
- 1 cirurgiã-dentista
- 1 nutricionista: trabalhando com consultas e grupos operativos. Divide-se em duas equipes.
- 2 fisioterapeutas: Trabalhando principalmente com grupos de terceira idade.
- 1 psicóloga
- 1 terapeuta ocupacional: Trabalhando principalmente com grupos de terceira idade.
- 1 auxiliar de saúde bucal
- 4 técnicas de enfermagem: Uma na sede, uma na Vila José Marques e Vila Cardoso e duas no Lobo Leite.
- 6 ACS
- 1 recepcionista
- 1 faxineira
- 2 vigias noturnos

As unidades funcionam geralmente de sete às dezesseis horas, sendo que a unidade sede tem horário diferenciado; na segunda feira a equipe de saúde bucal atende até às dezenove horas; de terça a quinta feira a médica atende até as dezoito horas. A médica e o enfermeiro circulam pelas quatro unidades com horários fixos.

Os quatro pontos (distritos) trabalham de forma articulada. A médica e a dentista ainda tem boa parte do seu tempo dedicado à demanda espontânea. Funciona bem o atendimento médico de hipertensos e diabéticos e a puericultura que possuem dias reservados. A equipe desenvolve reuniões com a comunidade em grupos operativos com hipertensos e diabéticos,

grupo de reeducação alimentar, orientação aos pais de escolares quanto à saúde bucal. Vimos também como necessidade de orientação da comunidade quanto às atribuições do PSF, a função de todos os membros da equipe etc.; mensalmente o enfermeiro organiza estas reuniões nos quatro distritos.

A comunidade recebe bem os grupos, mas não há a adesão que gostaríamos se não vincularmos ao que consideram ganho como tratamento odontológico, medida de glicemia capilar etc. A equipe entrou muito motivada, mas houve rumores de demissão o que mesmo não acontecendo foi um choque para a equipe, hoje, através de reuniões mensais a equipe tem se restaurado e mantido a vontade de “fazer diferença”.

5 - Planejamento das Etapas:

5.1 - Sensibilização da Equipe de Saúde da Família

Duração: 2 horas

Objetivo:

- Sensibilizar os profissionais da ESF quanto às necessidades da comunidade de mudanças de hábitos de higiene bucal, ressaltando o uso de fio dental.
- Mobilizar a equipe a realizar ações educativas trabalhar saúde bucal, lembrando de que este trabalho é de responsabilidade de toda equipe.

Participantes:

Participarão 19 pessoas, sendo: um enfermeiro, uma médica, uma cirurgiã-dentista, uma nutricionista, duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma auxiliar de saúde bucal, quatro técnicas de enfermagem, seis ACS e uma recepcionista.

Primeiro momento:

- Dinâmica de aquecimento: ressaltando a importância do trabalho em equipe
- Tempo: 15 minutos

Materiais e métodos:

A sensibilização constará de uma apresentação de slides mostrando fotos que constam na literatura científica de cárie severa em crianças e adultos, casos de doença periodontal focal e difusa, casos de má higiene, de pessoas desdentadas, de câncer de boca etc.. A cada foto serão apresentadas questões como: O que levou a este quadro? Falta de informação? Falta de acesso? Falta de importância a saúde bucal? Falta de meios? Falta de instrução?

Lembraremos que a saúde bucal afeta diretamente a saúde geral.

A seguir serão apresentados sorrisos bonitos, também levantando questionamentos: O que fazer para ter um sorriso assim? Todos podem ter?

A equipe será conduzida a pensar em o que o primeiro e o segundo quadro têm em comum e se podemos fazer algo para que mudar a realidade do primeiro para o segundo quadro.

Faremos uma pausa na apresentação de slides para a discussão e elaboração do que podemos fazer.

Finalizando lembraremos a função de todos os membros da equipe enquanto promotores de saúde.

5.2 - Construções do Instrumento para Avaliação

Duração: 2horas

Objetivo

- Criar instrumento de avaliação dos hábitos de higienização dos usuários da ESF Joaquim Murtinho.
- Definir das responsabilidades de cada categoria profissional no que se refere a proposta de ação.

Participantes:

Participarão 19 pessoas, sendo: um enfermeiro, uma médica, uma cirurgiã- dentista, uma nutricionista, duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma auxiliar de saúde bucal, quatro técnicas de enfermagem, seis ACS e uma recepcionista.

Materiais e métodos:

Com o mesmo grupo da primeira oficina reunido criaremos um instrumento para avaliação da higienização da comunidade. Será avaliado o hábito de escovação e uso do fio dental; se cada usuário tem acesso a orientações e aos meios de fazê-lo. Sugere-se questionário. A forma de aplicá-lo também será discutida. Sugere-se que seja aplicado pelas ACS em visitas domiciliares.

5.3 - Curso de Capacitação

Duração: 8 horas

Objetivo:

- Apresentar aos participantes conceitos referentes à saúde bucal.
- Relembrar funções de cada profissional dentro de uma equipe de saúde da família.
- Fornecer meio para que toda equipe oriente o usuário da mesma maneira, a maneira correta.

Participantes:

Equipe de saúde da família

Materiais e métodos:

Usaremos de aula expositiva com apresentação de slides e ao final de cada tema abriremos para discussão em plenária.

Os temas abordados serão:

- Atribuições do cirurgião- dentista dentro da equipe de saúde da família

- Atribuições do ACS dentro da equipe de saúde bucal.
- Tratamento odontológico na gestação: Por que ocorre? Mitos e verdades etc.
- Tratamento odontológico em bebês: Quando iniciar? Por quê? Como higienizar? De que forma? Creme dental sem flúor etc.
- Cárie e doença periodontal: O que é? Como Prevenir?
- Flúor e selante
- Prevenção e primeiros cuidados em caso de traumatismos.
- Odontogeriatrics
- Prevenção de câncer de boca. Auto- exame.

5.4- Calibrações das ACS para a aplicação do questionário

Duração: 2 horas com cada ACS .

Objetivo:

- Homogeneizar a forma de coletar os dados.

Materiais e métodos:

Em visitas domiciliares, a ACS será acompanhada do cirurgião dentista que fará o primeiro questionário. Nas visitas seguintes, o ACS fará o questionário com a observação do dentista.

Ao coletar os dados, após obtê-los, o ACS deve orientar o usuário quanto à forma correta.

5.5- Coleta de dados:

Profissional responsável: ACS

Prazo: 3 meses

Materiais e métodos:

Utilização do questionário em visitas domiciliares

5.6- Avaliações dos dados

Objetivo:

- Analisar os dados coletados.

Responsável: Cirurgiã- dentista

Prazo: Quinze dias após o termino da coleta de dados.

Materiais e métodos:

Os dados coletados serão transformados em dados percentuais e gráficos.

5.7 - Utilização das visitas domiciliares para instrução de higienização.

Objetivo:

- Motivar as famílias a uma higiene oral adequada.
- Orientar quanto à necessidade de bons hábitos de higiene oral.
- Orientar como fazer uma higiene oral adequada.
- Sensibilizar e promover auto-cuidado.
- Entregar às famílias de alto risco social kits com escova, pasta e fio dental

Responsáveis: ACS

Prazo: 12 meses

Materiais e métodos:

Durante as visitas domiciliares mensais a ACS trabalhará, além dos itens de saúde geral, tema específico de saúde bucal, a ser definido pela equipe durante as reuniões periódicas, seguindo o objetivo proposto.

5.8- Escovação supervisionada:**Objetivo:**

- Mostrar aos usuários os pontos deficientes na higienização através da revelação de placa.
- Avaliar da técnica de escovação utilizada pelo indivíduo.
- Aperfeiçoar a técnica (não mudar) para que se torne eficiente.
- Buscar autonomia e auto cuidado.

Responsáveis: Equipe de saúde bucal

Prazo: 12 meses

Materiais e métodos:

As famílias serão agendadas pelas ACS ao longo do ano de modo seqüencial e continua. Na UAPS receberão orientações. Quando a equipe julgar necessário, o indivíduo com dificuldade retornará até que esteja apto.

5.9- Trabalho dentro dos grupos operativos:

Trabalho dentro dos grupos operativos da unidade para de orientação e educação em saúde bucal.

Objetivo:

- Reforçar as orientações dadas nas VD e durante a escovação supervisionada.

Responsáveis:

Médica, enfermeiros, técnicas em enfermagem, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, nutricionista.

Materiais e métodos:

A metodologia utilizada será de acordo com características específicas do grupo (exemplo: Terceira idade- orientações sobre o auto-exame de câncer de boca, higiene bucal, higiene de próteses). Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios;

5.10- Aplicação do questionário para avaliação do resultado da proposta.

Seguindo os mesmos critérios, nova aplicação do questionário para avaliação do resultado.

6. - Resultados Esperados

Percebemos no nosso cotidiano a necessidade de ampliar nossas ações no contexto familiar. O envolvimento da família e o desenvolvimento de habilidades necessárias ao autocuidado passaram, assim, a ser um dos pilares desta proposta.

Espera-se com este trabalho conscientizar as famílias da importância da participação efetiva na promoção da sua saúde bucal. Cabe a ESF a promoção de ações que envolvam a família na construção coletiva do saber.

7. Considerações Finais

Temos como objetivo principal neste trabalho de conclusão de curso, avaliar a comunidade assistida pela ESF quanto aos cuidados com a saúde bucal (conhecimento e utilização das técnicas de higiene), instaurando o hábito de uso do fio dental. Uma higienização bucal adequada promove o controle de placa bacteriana e assim previne doenças bucais como a cárie e doença periodontal.

Utilizaremos para tal, os recursos do programa de saúde da família, trabalhando a prevenção através da instrução, partindo do núcleo familiar. Assim daremos a população recursos para o auto cuidado estimulando a formação de uma consciência sanitária.

Ao trabalhar auto-cuidado propõe-se a humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica em uma construção conjunta, trabalhadores e usuários, de meios e formas de responder às necessidades, de forma que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.

Desta forma, criando no usuário a consciência dos aspectos que condicionam e determinam o processo saúde-doença, estaremos dando meios para a construção da consciência sanitária e, através do empoderamento, o exercício da cidadania.

8- Referências

ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Rev. Saúde Pública** v.31 n.6: São Paulo Dez. 1997. Disponível pelo site http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000700007&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 17 jun.2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA - ABNT. NBR 6022. **Informação e documentação**: artigo em publicação periódica científica impressa: apresentação. Rio de Janeiro, 2003. 5p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA - ABNT. NBR 6023. **Informação e documentação** – referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

ALMEIDA, R.F. et al Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**; v.22 e p.379-390, 2006.

ALMEIDA, T.F.; VIANNA, M. I. P. O Papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. **Rev.Saúde soc.** v.14 n.3, São Paulo set./dez 2005. Disponível pelo site http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902005000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso dia 06/06/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19/09/1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 20/09/1990.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004 p.17.

BRUNETTE M. C. **Periodontia médica: uma abordagem integrada**. Editora SENAC São Paulo-SP, p.113-217, 2004.

CAMPOS J.A.D.B.; GARCIA, P.P.N.S. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. **Cienc Odontol Bras.** n.1, v.7: p. 58-65, jan./mar. 2004.

COSTA, E. M. A. ; Carbone, M.E.. **Saúde da Família : uma abordagem interdisciplinar**. Ed. Rubio. p.8-9,2004.

CRUZ, S.S. et al. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública** v.39 n.5 São Paulo Out. 2005. Disponível pelo site http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500013. Acesso dia 07/06/2010.

EMMI, D. T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva** v.13 n.1, Rio de Janeiro Jan./Fev. 2008. Disponível pelo site http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000100008&script=sci_arttext. Acesso dia 07/06/2010.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Rev. Saúde Pública** v.43, n.3, São Paulo Maio/Junho 2009 Epub Mar 27, 2009. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300010. Acesso dia 08/06/2010.

GUISSO, S.S.; GEIB, L.T.C. Conhecimento do médico pediatra acerca da promoção da saúde bucal na primeira infância em unidades básicas de saúde da família. **O Mundo da Saúde** v.31, n.3, p. 355-363. São Paulo jun./set 2007.

LISBOA, I. C. e ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. [online], dez. 2006, vol.15, no.4 [citado 31 Maio 2010], p.29-39. Disponível na World Wide Web: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000400004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974. Acesso em 31/05/2010.

LOSSO E. M.*et al*; Severe early childhood caries: an integral approach. **J Pediatr** v.85, n. 4, p. 295-300, Rio de Janeiro 2009.

MAIA, L. C. *et al* Controle operacional da fluoretação da água de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.19 n.1, Rio de Janeiro jan./fev. 2003. Disponível pelo http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000100007&script=sci_arttext&tlng=ptpt. Acesso dia 07/06/2010.

MEJIAS, N. P. O psicólogo, a saúde pública e o esforço preventivo. **Rev. Saúde Pública** v.18 n.2. São Paulo Abr. 1984. Disponível pelo site http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101984000200007&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso dia 07/06/2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. 2.ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.290 p.

PALMIER, A. C., FERREIRA, E.F. **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. Unidade Didática I mod1. Belo Horizonte: editora UFMG, 72p, 2008.

PETRY, P.C., VICTORA, C. G.; SANTOS, I. S.. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. **Cad. Saúde Pública** v.16 n.1: p.145-153, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2000.

PRADO, J.S. *et al*. Condição Dentária E Hábitos De Higiene Bucal Em Crianças Com Idade Escolar. **Rev. biociênc.**, Taubaté-SP, v.7, n.1: p.63-69, jan./jun.2001.

PUCCA JUNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva** v.11 n.1: p. 311-317, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006.

SILVA, E. M. M. et al. Aspectos periodontais do paciente idoso. **Salusvita**, Bauru, v. 27, n. 2: p. 135-146, 2008.

SILVEIRA FILHO, A. D. A Saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a pratica. **Revista Brasileira de saúde da Família**. n 6: p. 36-43, Dez. 2002.

SOUZA, T. M. **A incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial**. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

THYLSTRUP A, FEJERSKOV O. **Cariologia clínica**. São Paulo: Ed. Santos; p 411, 1995.

TRAEBERT J.L. *et al.* Prevalência e severidade de cárie dentária em escolares de 6-12 anos de idade. **Revista Saúde Pública**, v.35, n. 3: p.283-288, 2001.

TEREZHALMY G.T.; BARTIZEK R.D.; BIESBROCK A.R. Plaque-removal efficacy of four types of dental floss. **J Periodontol**. 79(2): 245-51, 2008 Fev. Disponível em http://www.portaldapesquisa.com.br/databases/sites?action=login&cust=capex&area=csaude&publisher=ms_aap&db=ms_aap&login_type=revista&journal=0022-3492&authtype=ip&style=capex Acessado em 08/06/2010

WENTZ, E.K.; PORTELLA, M.R. Conhecimentos Que Agentes Comunitários De Saúde E Cuidadores De Idosos Têm Sobre Saúde Bucal Na Velhice: experiências da estratégia de saúde da família de Victor Graeff – RS. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 13, n. 2: p. 275-290, 2008.