

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**EVENTO SENTINELA:
O RETRATO DA INIQUÍDADE EM SAÚDE BUCAL**

Belo Horizonte - MG

2009

Dulcimar Silveira de Andrade

**EVENTO SENTINELA:
O RETRATO DA INIQUÍDADE EM SAÚDE BUCAL**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Saúde Coletiva da Faculdade
de Odontologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mara Vasconcelos

Belo Horizonte - MG

2009

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	05
2. JUSTIFICATIVA	09
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Evento Sentinela.....	10
3.2 Evento Sentinela Em Saúde Bucal	13
3.3 O SUS e o PSF	17
3.4 Atenção em Saúde Bucal no Centro de Saúde São Francisco	18
3.5 O Programa Bolsa Família	19
4. OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo Geral	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5. MATERIAIS E MÉTODOS	21
6. RESULTADOS E AVALIAÇÃO	23
6.1 Descrição do Caso	29
6.1.1 Dados do Cadastro da Família	30
6.1.2 Entrevista –Dados da Ficha de Investigação	30
6.1.3 Prontuário da Criança	31
6.1.4 Análise do Caso	31
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	33
8. MONITORAMENTO	36
9. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXO A	44
ANEXO B	
ANEXO C	

RESUMO

Nas últimas décadas, no Brasil e no mundo, tem-se observado um declínio na prevalência e magnitude da cárie dentária. Sua distribuição na população não obedece a um padrão uniforme. Ocorre de forma polarizada, e se espalha em níveis crescentes de desigualdade. O Evento Sentinela– Criança Código 3, é o reflexo de uma desigualdade social inaceitável, ainda presente em nosso meio. Objetivos: identificar, tratar e promover o acompanhamento e monitoramento da criança evento sentinela em saúde bucal, assistida pelo Programa Bolsa Família, do bairro Nova Cachoeirinha, área de abrangência do Centro de Saúde São Francisco. Metodologia: dados coletados através do levantamento de necessidades de tratamento odontológico, realizado em 31 crianças bolsistas. Outros instrumentos utilizados: planejamento estratégico situacional, ficha investigativa e planilhas de monitoramento. Resultados: 25,80% das crianças apresentaram dentes hígidos; 22,58% tiveram acesso ao tratamento dentário; 48,38% receberam código O; 51,62% necessitam tratamento dentário. Foi identificada uma criança código 3, evento sentinela em saúde bucal. Conclusão: apesar do declínio na prevalência e severidade da cárie dentária, ainda persiste um quadro de desigualdades inaceitáveis que precisam ser combatidas. A presença do evento sentinela, alerta para a necessidade de se encontrar soluções, para diminuir as iniquidades em saúde bucal. Para enfrentar este problema, foi elaborado um projeto de intervenção a partir de um planejamento estratégico situacional. Dois indicadores de vigilância em saúde bucal, foram escolhidos para avaliar o controle da cárie dentária e monitorar os casos identificados, no período de dois anos após a erupção dos primeiros molares permanentes.

Palavras chave: Evento sentinela, Cárie dentária, Famílias vulneráveis, Iniquidade.

ABSTRACT

In the past decades, in Brazil and the world it is been observed a decline in the prevalence and magnitude of dental cavities. Its distribution in the population does not follow a uniform pattern. It occurs in a concentrated way and spreads at increasing levels of inequality. The Sentinel Event – Children Code 3 – is the reflection of an unacceptable social inequality still present in our milieu. Objectives: Identify, treat and promote the follow-up and monitoring to the sentinel event child in oral health, who is aided by Bolsa Família Policy in Cachoeirinha neighborhood, which is the area covered by São Francisco Health Center. Methodology: Data collected through a survey into the need for dental treatment, which was carried out with 31 aided children. Other instruments used – situational strategic planning, investigative record and monitoring spreadsheet. Results: 25,80% of the children had healthy teeth; 22,58% had access a dental treatment; 48,38% received code 0; 51,62% need dental treatment. It was identified a child code 0, sentinel event in oral health. Conclusion: Despite the decline in the prevalence and severity of dental cavities, still persists a picture of unacceptable inequality that needs to be combated . The presence of the sentinel event alerts to the necessity to find solutions to decrease the iniquities in oral health.

Key words: Sentinel Event, Dental Cavities, Vulnerable Families, Iniquity.

1. INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos ao longo das últimas décadas, vem registrando a nível mundial e nacional, um declínio na prevalência e na severidade da cárie dentária, uma das mais antigas doenças da humanidade (RONCALLI et al., 2004).

Este declínio não vem ocorrendo de forma homogênea. Tem-se observado uma grande disparidade na prevalência da cárie entre as diferentes regiões, cidades e diferentes grupos populacionais dos diferentes países, inclusive do Brasil, com características de uma imensa desigualdade (NARVAI et al., 2006).

Vários estudos relatam que nos países industrializados houve uma grande queda na média geral de dentes atacados pela cárie e, um aumento do número de pessoas que nunca tiveram uma única cavidade (NADANOVSKY, 2008).

O problema da cárie dentária nos países desenvolvidos está praticamente resolvido. O índice CPO-D foi reduzido para aproximadamente 1 em vários países mais ricos. Exemplos: Inglaterra e País de Gales = 4,8 (1973) e 1, 1 (1993); Finlândia = 6,9 (1975) e 1,2 em (1991); Noruega = 9,2 (1972) e 2,2 (1991); Austrália = 4,8 (1975) e 1,2 (1992); Suécia = 6,2 (1967) e 1,6 (1991); Bélgica = 7, 4 (1967) e 2,7 (1990); Suíça = 5,4 (1969) e 1,1 (1992) (NADANOVSKY, 2008).

Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, o declínio da cárie dentária vem ocorrendo de forma mais lenta e tardia. Os índices de cárie são mais altos que os demais, e “ainda há um significativo estoque da doença a ser tratada” (RONCALLI et al., 2004, p.87).

Mais de 60% da população mundial vive em países com a média CPO-D aos 12 anos de no máximo 2,6 dentes cariados e, somente 3% da população dos países estudados apresenta CPO-D igual ou superior a 4,5 (RONCALLI et al., 2004).

No Brasil, quatro grandes pesquisas realizadas entre 1986 e 2003 subsidiaram as principais informações epidemiológicas sobre cárie dentária, além de outros estudos de grande relevância realizados nos estados, municípios e universidades (RONCALLI et al., 2004).

De acordo com os dados analisados e considerando-se as médias do CPO-D aos 12 anos, constatou-se que nesse período de 17 anos, houve um declínio da cárie dentária em torno de 71% na população infantil das capitais brasileiras (RONCALLI et al., 2004) e 61,7% de redução observada para o país como um todo (NARVAI et al., 2006).

As regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste apresentaram médias de CPO-D mais altas que as regiões Sul e Sudeste. Os resultados obtidos segundo as macro regiões foram: Norte = 3,13; Centro Oeste = 3,16; Nordeste = 3,19%; Sul = 2,31%; Sudeste = 2,30 (SB BRASIL, 2003).

Exemplificando outras desigualdades, também podemos citar a diferença na média do CPO-D aos 12 anos entre as capitais e cidades do interior (1,98 e 2,93); entre a zona urbana e rural (2,70 e 3,72); entre as cidades com mais de 100 mil habitantes e as com menos de 5 mil habitantes (2,02 e 3,40); e entre brancos e negros/pardos (2,62 e 2,90) respectivamente (RONCALLI et al., 2004).

Em 1986, 3,7% das crianças estavam livres da doença, isto é, apresentaram CPO-D=0. Em 2003 mais de um terço das crianças de 12 anos não tinham cárie dentária, sendo que a porcentagem aumentou para 31,1%. Na faixa de 1 a 3 dentes atingidos a porcentagem de indivíduos é muito maior em 2003 do que em 1986 (35,4 e 15,8) respectivamente. Na faixa CPO-D (4 ou +) estão 80,5% de escolares em 1986 e 33,5% em 2003 (NARVAI et al., 2006).

Existem poucas pesquisas de cárie dentária precoce na infância. A maior parte dos estudos epidemiológicos tanto a nível mundial quanto nacional, tem sido feito em escolares, permitindo o monitoramento da experiência de cárie nesta faixa de idade.

A condição de saúde bucal dos bebês e pré-escolares é pouco documentada, pois, a maioria destas crianças não se encontra nas escolas e creches, o que dificulta o levantamento de dados (PITTS et al., 2005; BARBOSA,2007).

De acordo com o SB Brasil (2003), 26,85% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses e 59% das crianças de 5 anos, possuem a doença cárie dentária. Aos 3 anos uma criança brasileira já possui 1 dente cariado (ceo-d 1,07). Aos 5 anos a média ceo-d é de 2,80 para o Brasil, variando de 3,22 na região norte e 2,62 na região sul. Na maioria dos casos o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos, e de mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses.

O declínio na prevalência da cárie, vem ocorrendo junto a um fenômeno chamado polarização, que se caracteriza pela “ concentração de maiores freqüências da doença em pequenos grupos populacionais” (GALINDO et al., 2005,p.3). Para Narvai et al.,(2006), a polarização ocorre quando um grande número de casos concentra-se em um pequeno grupo de indivíduos em um polo, e no outro há ausência de doença. A concentração de dentes cariados na população de escolares no Brasil, varia numa proporção de 60 a 80% destes dentes em 20 a 25% das crianças (NARVAI et al., 2006; NADANOVSKY, 2008; HAUSEN, 2005; RONCALLI et al., 2004).

Para Galindo et al., (2005) este fato evidencia as desigualdades no acesso às medidas de saúde bucal, que tem contribuído para a redução da cárie dentária tais como: dentifrício com flúor, água de abastecimento fluoretada, bochechos com flúor, comprimidos de flúor, aplicação tópica de flúor, mudanças no consumo de açúcar, melhorias na limpeza dos dentes, maior oferta de tratamento odontológico preventivo/restaurador, prescrição de antibióticos por médicos, educação em saúde bucal, mudanças no diagnóstico da cárie, e melhorias nas condições socioeconômicas.

Segundo Nadanovsky (2008), os quatros fatores mais importantes que explicam este declínio são: a pasta dental com flúor, considerada a mais importante contribuição

para o declínio da cárie dentária, a mudança no consumo do açúcar, a mudança no diagnóstico da cárie, e as melhorias nas condições socioeconômicas e qualidade de vida (NADANOVSKY, 2008).

A prevalência da cárie tem sido associada às condições socioeconômicas, principalmente a renda familiar e a escolaridade do chefe da família, sendo que a maior prevalência da cárie ocorre nos níveis mais baixos. Nos níveis mais altos é maior o número de crianças livres da cárie (TOMITA et al., 1996; PERES et al., 2000).

Várias pesquisas constataam “a relação inversamente proporcional entre renda familiar e o CPO-D médio das crianças, expressando a heterogeneidade na distribuição da cárie, que se consubstancia na sua polarização nos extratos mais desfavorecidos da população” (GALINDO et al., 2005, p.9).

Nas camadas mais carentes predominam os componentes relativos à necessidade de tratamento, e nos de renda mais alta o tratamento executado (NADANOVSKY et al., 2008).

A distribuição da cárie em níveis crescentes de desigualdade expressa por outro lado a presença de outro fenômeno: o da iniquidade, que pode ser explicado pelas precárias condições de existência de grande parte da população brasileira (NARVAI et al., 2006). “O ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que tem origem na ordem social onde estão inseridos, e que se expressam por meio do processo saúde-doença” (NARVAI et al., 2006,p.6).

Para enfrentar as iniquidades em saúde, é preciso identificar e atuar sobre toda desigualdade redutível relacionada às diferentes condições de vida (GALINDO et al., 2005).

2 . JUSTIFICATIVA

Refletindo sobre o declínio polarizado da cárie dentária e seus níveis crescentes de desigualdades, surgiu a necessidade de se conhecer a distribuição desta doença nas crianças de 0 a 6 anos assistidas pelo Programa Bolsa Família, do bairro Nova Cachoeirinha, área de abrangência do Centro de Saúde São Francisco.

O propósito é descobrir entre elas a presença do Evento Sentinela em Saúde Bucal, retrato de uma desigualdade social inaceitável, hoje completamente evitável.

A probabilidade de existir crianças com grande acometimento pela cárie dentária neste grupo de risco é muito grande, devido às condições de pobreza e vulnerabilidade destas famílias.

A falta de um monitoramento contínuo das famílias bolsistas, impede o efetivo controle da saúde bucal de suas crianças e dificulta inclusive, a abordagem preventiva deste evento, objeto do meu estudo. Daí a necessidade de identificá-las, para implementar ações que possam atender às suas necessidades de forma prioritária, e corrigir as possíveis falhas do serviço no enfrentamento deste problema.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Evento Sentinela

Este termo foi proposto por Rutstein et al., (1976) para designar a ocorrência de doença, invalidez ou morte evitável.

Em um conceito mais ampliado, representa algo que não deve ocorrer, ou seja, algo indesejado, desnecessário, prevenível e totalmente inaceitável para os padrões vigentes, considerando-se um bom funcionamento do serviço de saúde, a ciência e as tecnologias disponíveis na atualidade para evitá-lo (MATHIAS et al., 2008).

A ocorrência de eventos que podem ser prevenidos pelos serviços de saúde, tem como possível causa, o controle inadequado de seus fatores determinantes, seja por falha na assistência à saúde e/ou nas medidas de proteção, indicando que a população está sob risco. Representam ameaças que precisam ser conhecidas e controladas (TEIXEIRA et al., 2003).

O evento sentinela é um sinal de alerta para algo de errado que está acontecendo, ou possa vir a acontecer, mas que não deveria, quando se tem um serviço que funcione adequadamente. A ocorrência deste evento alerta os profissionais de saúde sobre a possível presença de agravos preveníveis, incapacidades ou mortes associados provavelmente a serviços de má qualidade ou de intervenções que precisam ser melhoradas (GAWRYSZEWSKI et al., 2006).

É reconhecido como evento indicador da facilidade de acesso e qualidade do serviço (MATHIAS et al., 2008); não é freqüente e muitas vezes vem representado por um único caso. Pode também ser traduzido como um coeficiente que não deve ser ultrapassado, explicitando objetivos claros do serviço de saúde em relação à saúde da população e não somente à sua demanda (PENNA, 1995).

A vigilância epidemiológica usa quando necessário nos processos de decisão-ação, ocorrência do evento sentinela como fonte especial de dado de um sistema sentinela de informação. Estes sistemas são “capazes de monitorar indicadores-chave na população geral ou em grupos especiais que sirvam de alerta precoce para o sistema de vigilância” (TEIXEIRA et al., 2003, p.322).

Nos sistemas sentinela, o interesse está voltado para a qualidade e oportunidade das ações, ao contrário do modelo de notificação, centrado na obtenção do total dos casos (GAWERYSZWSHI, 2006). Teixeira et al.,(2003,p.322) relata que

Nem sempre o processo de decisão-ação necessita da totalidade de casos (notificação universal) para o desencadeamento das estratégias de intervenção, pois isso se vincula à apresentação clínica e epidemiológica das doenças e agravos e, principalmente aos instrumentos de controle disponíveis e indicados para cada situação específica.

A técnica de usar a ocorrência deste evento como instrumento de vigilância na avaliação da qualidade do serviço de saúde, é uma boa opção, pois proporciona a possibilidade de se conseguir uma informação valiosa, analisando uma situação a partir de um número reduzido de dados, o que nem sempre é possível pelo método tradicional. Um caso apenas, acrescido de uma análise da situação, produz a informação desejada com menor custo operacional. A característica principal desta técnica é a priorização da informação, em relação do detalhamento do dado (PENNA, 1995).

Coletar um número cada vez maior de dados para suprir com mais detalhes o serviço de informação, é tendência da epidemiologia, mas muitas vezes, é um processo difícil de ser realizado, pois sobrecarrega o trabalho dificultando as atividades de rotina do serviço (PENNA, 1995).

“Entende-se que só devem ser coletados dados para efetiva utilização no aprimoramento das ações de saúde, sem sobrecarregar os serviços com preenchimento desnecessário de formulários” (TEIXEIRA et al., 2003,p.317). Além do mais, esta tarefa não pode ser mais importante que a assistência ao paciente e à comunidade (PENNA, 1995).

Lançar mão do evento sentinela enquanto fonte representativa no processo de avaliação em saúde se justifica pela simplicidade, praticidade e possibilidade de se tomar decisões rápidas para corrigir o que for necessário (GAWRYSZRWSHI et al., 2006).

A técnica do evento sentinela permite detectar problemas que precisam ser corrigidos. Baseia-se na investigação e na intervenção (PENNA, 1995; TEIXEIRA et al., 2003).

Quando ocorre um evento sentinela, “o sistema de vigilância deve ser acionado para que o evento seja investigado e as medidas de prevenção adotadas” (TEIXEIRA, et al. 2003,p.322).

O caso deve ser amplamente investigado incluindo todos os integrantes da família, para descobrir as suas causas e as possíveis falhas do serviço de saúde, objetivando encontrar eventos semelhantes ou desconhecidos e evitar que outros aconteçam (PENNA, 1995).

Deve-se investigar a família / evento em seu contexto socioeconômico e cultural, com a finalidade de conhecer a estrutura familiar e os papéis desempenhados por seus membros, entender a relação evento / família e família / comunidade, conhecer seus problemas e suas dificuldades, para intervir positivamente nos determinantes que tornaram este evento possível (MATHIAS et al., 2008).

Em relação ao serviço de saúde, deve-se investigar as falhas existentes na alocação de recursos, no processo de assistência e acesso, para implementar as medidas de correção cabíveis, garantindo assim o bom funcionamento do serviço (PENNA, 1995).

As informações obtidas durante o processo de investigação irão servir para direcionar o tratamento dos pacientes, além de contribuir para definir e adequar as medidas de intervenção a serem adotadas, antes que o evento se espalhe (TEIXEIRA et al., 2003).

3.2 Evento Sentinela em Saúde Bucal

Em saúde bucal, o evento sentinela é considerado um demarcador de risco muito elevado para a caria dentária (MANFREDINI, 2004?).

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte através de seu serviço de saúde, estabeleceu segundo o índice de necessidades de tratamento odontológico o código 3, na faixa etária de 0 a 6 anos, como evento sentinela em saúde bucal. A criança código 3, apresenta mais de 8 dentes cariados necessitando tratamento, o que caracteriza uma situação muito grave em relação à doença cárie dentária e perfeitamente evitável nos dias atuais.

Ao se estabelecer o código 3 na faixa etária de 0 a 6 anos, como evento sentinela em saúde bucal, o que se propõe na realidade como objetivo do serviço de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, é a sua não ocorrência, e não somente o tratamento adequado desta criança. O serviço passa a ter como objetivo, eliminar de seu cotidiano o código 3 na população infantil desta faixa etária (PENNA, 1995).

O Evento Sentinela – Criança Código 3 – é o reflexo da iniquidade em saúde bucal. Retrata um quadro de desigualdades sociais inaceitáveis, imposto por condições socioeconômicas desfavoráveis, a grande parte da população carente brasileira (NARVAI et al., 2006).

O conceito de iniquidade tem sido utilizado para designar as desigualdades sociais em saúde consideradas como inaceitáveis “por sua magnitude ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis (SILVA & BARROS, citados por RONCALLI, 2008, p.171).

Em saúde pode-se dizer que desigualdades são as diferenças nos níveis de morbimortalidade entre os diferentes grupos socioeconômicos. Algumas desigualdades são consideradas aceitáveis, ao passo que outras, quando

adquirem conotação de injustiça, por serem eticamente inaceitáveis ou evitáveis, são consideradas como iniquidade (PERES & PERES, 2008).

Whitehead (citada por Roncalli, 2008, p.171) define “iniquidades sociais em saúde” como uma sistemática diferença na saúde entre os diversos grupos socioeconômicos dentro de uma sociedade. Segundo ela, [...] “pelo fato das iniquidades serem socialmente produzidas, são potencialmente evitáveis, e são, portanto, amplamente inaceitáveis numa sociedade civilizada”.

Existem várias teorias a respeito da produção das iniquidades em saúde. Dentre elas destacam-se três modelos explicativos:

- a) O da produção social da doença.
- b) O da produção psicossocial da doença.
- c) E o da produção cultural / comportamental da doença.

O modelo da produção social enfatiza o meio social como gerador das iniquidades em saúde. A pobreza, as condições de vida e trabalho, as diferenças sociais, econômicas e políticas, trazem conseqüências para a saúde das pessoas. O modelo de produção psicossocial da doença, explica as iniquidades não apenas pelas diferenças materiais, mas também pelo estresse sofrido pelos diferentes grupos sociais em ambientes desfavoráveis. Ambientes de iniquidade geram sentimentos de vergonha e inferioridade, pela comparação de posses e bens, causando estresse que vai afetar a função neuroendócrina do indivíduo, e aumentar sua vulnerabilidade a doenças. O modelo cultural / comportamental da doença, explica as iniquidades através da influência dos diferentes padrões culturais no comportamento dos indivíduos, dos diferentes níveis sociais; exemplos: padrões de tabagismo, ingestão de álcool, sal, gordura, açúcar, etc. (PERES & PERES, 2008).

No Brasil existem iniquidades em saúde bucal de grande magnitude merecendo estudos a respeito dos mecanismos de sua produção, com a finalidade de alcançar os objetivos de denúncia política, de produção de conhecimento científico sobre o tema e de proposição de intervenções em saúde (PERES & PERES, 2008).

A Organização Mundial de Saúde considera o estudo das iniquidades em saúde bucal como um dos temas de pesquisa prioritário (PERES & PERES, 2008).

De acordo com várias pesquisas, as iniquidades em saúde bucal têm estreita relação com as condições de privação social (LOCKER, citado por RONCALLI et al., 2004, p.92).

As condições precárias de vida deixam marcas injustas na dentição da população. Esses dentes tatuados refletem acontecimentos que o organismo responde de forma física e psicológica. Ser pobre e ter aparência bucal ruim, aumenta as desigualdades existentes e contribui para o contínuo ciclo da discriminação, do estigma e da exclusão social. Promove insegurança nas relações pessoais, de trabalho e um grande desgaste na autoestima com conseqüente rejeição, isolamento e perda de oportunidades (MOREIRA et al., 2007).

Os fatores biológicos, as condições de vida, de trabalho e as relações dos indivíduos na família e na comunidade determinam as diferentes formas de viver e adoecer (SILVEIRA FILHO et al., 2002)

A família pobre, marcada pela miséria e pela fome, não consegue responder às necessidades de seus membros. Sua casa representa um lugar de privação, de instabilidade e de ruptura dos laços afetivos e solidários (GOMES & PEREIRA, 2004).

Quando a casa deixa de ser um espaço de proteção para ser um espaço de conflito, a superação desta situação se dá de forma muito fragmentada, uma vez que esta família não dispõe de redes de apoio, para o enfrentamento das adversidades resultando assim na sua desestruturação. (GOMES, citado por GOMES & PEREIRA, 2004 p.359)

A injustiça social rompe o equilíbrio das relações e contribui para a desagregação familiar dificultando a boa convivência da família com reflexos negativos nos filhos, sobretudo os pequeninos, os mais vulneráveis desse grupo (GOMES & PEREIRA, 2004).

Situações de risco familiar impedem que as crianças recebam os devidos cuidados para seu bom desenvolvimento. “Vítimas da injustiça social, se vêm ameaçadas e violadas em seus direitos fundamentais” (GOMES & PEREIRA, 2004, p.360).

Isto é preocupante, porque a criança pela sua dependência torna-se vulnerável a inúmeros fatores que comprometem a sua saúde, e vão influenciar no processo de seu adoecimento, com especial destaque para a cárie dentária. Se ela não é bem cuidada e não tem amparo no seio de sua família, sofre as conseqüências deste abandono (PERES, et al., 2000).

Martins, (citado por Gomes & Pereira 2004, p.360) afirma que “a criança abandonada é apenas a contra partida do adulto abandonado, da família abandonada, da sociedade abandonada”.

“Por detrás da criança excluída da escola, nas favelas, no trabalho precoce urbano e rural, e em situação de risco, está a família desassistida pelas políticas públicas”. (KALAUSTIAN & FERRARI, citados por GOMES & PEREIRA, 2004,p.360).

As famílias que vivem em situações de risco, com pais e familiares doentes, desempregados, em conflitos conjugais, com distúrbios mentais, dependência de drogas, alcoolismo, envolvidas em atividades ilícitas, perseguidas pela polícia, etc., tornam-se incapazes de dispensar os mínimos cuidados aos seus familiares e por isso precisam de uma atenção especial do Estado (VASCONCELOS, 1999).

“A pobreza, a miséria, a falta de perspectiva de um projeto existencial que vislumbre a melhoria da qualidade de vida, impõe a toda família uma luta desigual e desumana pela sobrevivência” (GOMES & PEREIRA, 2004, p.360).

O apoio às crianças e suas famílias pobres e vulneráveis, se faz necessário através de políticas sociais bem articuladas e focalizadas, para garantir seus direitos e alcançar a equidade e justiça social (PERES & PERES, 2008).

3.3 O SUS e o PSF

A Constituição Federal Brasileira de 1988 incorporando as propostas da Reforma Sanitária, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual foi regulamentado pelas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8142 de 28 de dezembro de 1990 (MEDEIROS JÚNIOR & RONCALLI, 2004).

Seus princípios doutrinários e organizativos, baseados nos preceitos constitucionais são: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos (MEDEIROS JÚNIOR & RONCALLI, 2004).

Em 1994 o Ministério da Saúde introduziu o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia para a reorganização da Atenção Básica e consolidação do Sistema Único de Saúde, reafirmando e incorporando seus princípios básicos, em substituição ao modelo tradicional de assistência centrado na cura de doença e para o hospital (RONCALLI & ARAÚJO, 2004).

O PSF tem como estratégia o foco na família e na comunidade, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, englobando estratégias ampliadas e intersetoriais no lugar de uma abordagem somente individual (BRAGA, 2006; GOMES & PEREIRA, 2004; MEDEIROS JÚNIOR, 2004).

A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família, através da implantação das equipes de saúde bucal, “significa a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de organização da atenção primária, baseado nos princípios do SUS, da Promoção à Saúde e da Atenção Primária” (BRAGA, 2006, p.245).

3.4 Atenção em Saúde Bucal no Centro de Saúde São Francisco

O Centro de Saúde São Francisco está localizado no bairro São Francisco, na região do Distrito Sanitário Pampulha, da capital Belo Horizonte, MG, Brasil. Sua população adscrita é aproximadamente 7742 habitantes (Censo BH Social).

Abrange os bairros São Francisco e parte do bairro Nova Cachoeirinha, região noroeste, desta capital.

Tem sob sua responsabilidade áreas de muito elevado, elevado, médio e baixo risco, distribuídas em 11 micro áreas. A faixa etária predominante é a do adulto jovem, com predominância do sexo feminino.

Apresenta baixos índices socioeconômicos e culturais: grande número de desempregados, baixa escolaridade, baixa renda familiar, com porcentagem maior até 1 salário mínimo. A maior parte da população não tem plano de saúde, e em caso de doença procura o Centro de Saúde para consulta. Há um alto índice de violência urbana e pouco acesso ao lazer.

A assistência à saúde é realizada por 2 ESF, compostas por 2 médicos, 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde, e por 1 ESB composta por 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnica de saúde bucal. Além destas equipes, o Centro de Saúde conta com o apoio de 1 clínico geral, 1 pediatra, 1 ginecologista, 6 auxiliares de enfermagem, 1 dentista e 1 técnica de saúde bucal.

Os principais agravos são: hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, distúrbios mentais, gravidez na adolescência. Há também um grande número de acidentes de trabalho devido à enorme área empresarial que se concentra no bairro São Francisco, além de inúmeros indivíduos envolvidos com drogas, álcool e tabaco.

A demanda pelos serviços odontológicos é organizada segundo as diretrizes do Projeto Global de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Principais problemas bucais: cárie dentária, doenças periodontais, endodônticas, perda precoce dos dentes, grande demanda de próteses.

A porta de entrada para os serviços odontológicos se faz através da urgência, da demanda espontânea, dos encaminhamentos pela Equipe de Saúde da Família, pelos grupos operativos, e crianças das creches conveniadas PBH / AMAS (Prefeitura de Belo Horizonte / Associação Municipal de Assistência Social).

O acolhimento da Equipe de Saúde Bucal (ESB) não é integrado ao da Equipe de Saúde da Família (ESF). É feito diariamente em tempo integral para os casos agudos, com atendimento clínico priorizado e, para os casos crônicos é realizado através de agendamento, com dia e hora previamente estabelecidos.

Para o controle das doenças bucais, adota-se o protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, como conduta padrão nos atendimentos.

3.5 O Programa Bolsa Família

Este programa foi criado pelo Governo Federal para apoiar as famílias mais pobres e garantir a elas o direito à alimentação. Além da quantia paga mensalmente, o governo também promove o acesso destas famílias à educação e saúde, exigindo que seus filhos de 6 a 15 anos freqüentem a escola, e mantenham em dia o acompanhamento da saúde de todos os seus membros, principalmente das crianças, adolescentes e gestantes, cumprindo assim, os compromissos e responsabilidades pactuadas para permanecerem no Programa.

“O Bolsa Família juntou num só Programa, o Auxílio gás, o Bolsa Escola, o Bolsa Alimentação e o Cartão Alimentação.”

Faz parte do “Fome Zero” cujo objetivo é garantir uma adequada alimentação, principalmente para as pessoas com dificuldade de obter alimentos (Cartilha Bolsa Família – 2006)

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Identificar e tratar a criança evento sentinela assistida pelo Programa Bolsa Família do bairro Nova Cachoeirinha, área de abrangência do Centro de Saúde São Francisco.

4.2 Objetivos específicos

- Facilitar o acesso da criança evento sentinela ao serviço de saúde bucal.
- Promover o acompanhamento e monitoramento da criança evento sentinela e família por um período de 2 anos após a erupção do 1º molar permanente.
- Fortalecer o vínculo entre a família e equipes de saúde da Unidade Básica.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto de intervenção foi elaborado para ser aplicado nas crianças de 0 a 6 anos assistidas pelo Programa Bolsa Família, do bairro Nova Cachoeirinha, área de abrangência do Centro de Saúde São Francisco, que pertence ao Distrito Sanitário Pampulha, da capital Belo Horizonte, MG, Brasil.

De acordo com os dados cadastrados, o bairro Nova Cachoeirinha tem uma população adscrita de aproximadamente 3443 habitantes (Censo BH Social). Abrange áreas de risco muito elevado, elevado, médio e baixo risco, distribuídas em 5 micro áreas. Conta com 1 equipe de saúde da família, 4 agentes comunitários de saúde e com apoio de 3 auxiliares de enfermagem, 1 dentista e 1 técnica de saúde bucal.

Para realizar este projeto foi preciso saber o número de famílias bolsistas existentes nas micro áreas do bairro. Através de uma lista fornecida pelos agentes comunitários de saúde, com nome e data de nascimento de todos os integrantes das famílias, foi possível identificar as crianças na faixa etária de 0 a 6 anos.

O agendamento das crianças escolhidas foi feito pelos agentes de saúde, em dia e hora previamente marcados, através de uma solicitação de comparecimento aos devidos responsáveis.

Ao chegarem ao local combinado, os responsáveis pelas crianças foram informados a respeito do objetivo da reunião, e da importância de sua participação junto às crianças.

A coleta de dados foi realizada em outubro de 2009 pela dentista de apoio, através do levantamento de necessidades de tratamento odontológico nas crianças

selecionadas, as quais foram devidamente codificadas segundo seus critérios de classificação, sob a luz natural e utilizando espátulas de madeira.

A criança evento sentinela identificada neste levantamento foi imediatamente agendada juntamente com seu responsável, para o exame clínico e entrevista investigativa.

Foi feito um planejamento estratégico situacional para enfrentar o problema Evento Sentinela em Saúde Bucal na Unidade Básica.

Os dados obtidos na investigação do caso descrito foram coletados através de uma ficha especificamente criada para este fim, contendo identificação do paciente, do responsável, e questões norteadoras para a entrevista investigativa (Anexo A).

Além desta ficha, também foram utilizados na investigação, os dados do cadastro da família e do prontuário da criança.

No processo de monitoramento dos casos identificados, será utilizada uma planilha para cada ano, na qual deverá constar as atividades desenvolvidas, e os indicadores de vigilância em saúde bucal que foram escolhidos para este fim (Anexo B e C).

6 . RESULTADOS E AVALIAÇÃO

De acordo com a listagem apresentada pelos agentes comunitários de saúde, o bairro Nova Cachoeirinha possui 78 famílias assistidas pelo Programa Bolsa Família, num total de 391 pessoas, das quais 42 são crianças na faixa etária de 0 a 6 anos.

No dia marcado para a atividade, compareceram 31 crianças com seus responsáveis, e de acordo com o **quadro 1**, encontram-se distribuídas por idade da seguinte maneira: 2 crianças menores de 1 ano, 3 de 1 ano, 4 de 2 anos, 4 de 3 anos, 7 de 4 anos, 6 de 5 anos, e 5 crianças de 6 anos.

Quadro 1: Distribuição das crianças de acordo com a faixa etária

Idade (anos)	Número de crianças bolsistas
0	2
1	3
2	4
3	4
4	7
5	6
6	5

Total	31
-------	----

Fonte: Centro de Saúde São Francisco, 2009

Os resultados obtidos após a codificação encontram-se no **quadro 2**, de acordo com a faixa etária, e número de crianças bolsistas.

Quadro 2: Distribuição dos códigos de acordo com a faixa etária e número de crianças bolsistas

Idade (anos)	Nº de crianças bolsistas	Código			
		0	1	2	3
0	2	2			
1	3	3			
2	4	4			
3	4		4		
4	7	2	4	1	
5	6	2	3		1 (E.S)
6	5	2	2	1	
Total	31	15	13	2	

Fonte: Centro de Saúde São Francisco, 2009.

O **Quadro 2** informa que 2 crianças menores de 1 ano, 3 de 1 ano, 4 de 2 anos, 2 de 4 anos, 2 de 5 anos e 2 de 6 anos, receberam o código 0, isto é, não apresentaram necessidades de tratamento odontológico.

Foram encontradas 4 crianças de 3 anos, 4 de 4 anos, 3 de 5 anos e 2 de 6 anos com código 1, isto é, com até 3 dentes permanentes ou decíduos com cavidades necessitando restauração, e / ou extração.

Com código 2 encontramos 1 criança de 4 anos, e 1 de 6 anos, apresentando de 3 a 8 dentes permanentes ou decíduos com cavidades necessitando restauração e / ou extração.

Com o código 3 foi identificada uma criança de 5 anos, com mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando restauração e / ou extração.

Quadro 3: Distribuição do total de crianças codificadas e seus percentuais de acordo com os códigos levantados.

Código	Total de crianças bolsistas	%
0	15	48,38
1	13	41,93
2	2	6,45
3	1	3,22

Fonte: Centro de Saúde São Francisco, 2009.

De acordo com o **quadro 3**, 15 crianças apresentaram o código 0 e o percentual correspondente a 48,38%. Na faixa de 1 a 3 dentes atingidos encontramos 13 crianças com o código 1, e 41,93%. Na faixa de 3 a 8 dentes atingidos encontramos 2 crianças com o código 2 e o percentual de 6,45%, e finalmente, 1 criança com mais de 8 dentes cariados, com o código 3, e seu percentual de 3,22%.

Das 31 crianças codificadas, 16 necessitam de tratamento dentário, correspondendo aos códigos 1, 2 e 3 no percentual de 51,62% .

Tiveram acesso ao tratamento dentário, 7 crianças correspondendo a 22,58% do total. Somente 8 crianças apresentaram dentes hígidos, o que representa o percentual de 25,80%. As outras 23 crianças com o percentual de 74,19% apresentaram experiência de cárie.

A maioria destas crianças não frequenta creches nem escolas.

Conforme o **quadro 4**, das 6 crianças codificadas com 5 anos, 33% estão livres de cárie, e 66% tem experiência de cárie. A meta da OMS para o ano de 2000, de 50% das crianças aos 5 anos livres de cárie, não foi alcançada neste grupo. Para o ano de 2010 a meta de 90% das crianças de 5 anos livres de cárie está longe de ser alcançada. Há portanto um longo trabalho a ser feito.

Quadro 4: Distribuição das crianças com 5 anos de idade e seus respectivos códigos e percentuais.

Código	Crianças do 5 anos	%
0	2	33
1	3	50
2	0	0
3	1	16,6

Fonte: Centro de Saúde São Francisco

Através do levantamento de necessidades foi identificada uma criança código 3, considerada evento sentinela em saúde bucal. Esta criança do sexo feminino, com 5 anos de idade, apresenta 9 dentes cariados, e mora na micro área de risco muito elevado do bairro.

A responsável foi orientada a respeito da gravidade da situação de sua filha, e convocada para comparecer ao serviço odontológico do Centro de Saúde com a mesma no dia agendado, para o exame clínico e entrevista investigativa.

Este levantamento foi adiado, e só agora realizado em outubro de 2009, devido ao problema da gripe H1N1. A descrição deste caso não será possível neste momento, pois, a criança deverá ter seu tratamento iniciado em novembro, após as férias da dentista.

A mãe, já conhecida do serviço, procurou algumas vezes por atendimento dentário em caráter de urgência, e captada para o tratamento, não compareceu nos dias agendados. Aparenta ter problemas cognitivos, e segundo informações, tem familiares envolvidos com drogas. Portanto, o cuidado com esta criança e família deverá ser redobrado, para evitar que fiquem sem o atendimento previsto.

A falta de um monitoramento sistemático destas famílias bolsistas, consideradas de risco social, proporciona a ocorrência e agravamento de lesões cáries que podem ser evitadas.

Esta criança aos 5 anos de idade, com 9 dentes cariados, já deveria ter sido abordada preventivamente, se este monitoramento estivesse ocorrendo de forma prioritária e contínua.

A ocorrência do evento sentinela nos dá a informação que algo de errado, indesejado e desnecessário está ocorrendo. Serve de alerta aos profissionais do Centro de Saúde para a qualidade dos serviços ofertados, e para a existência de possíveis falhas no serviço que precisam ser corrigidas.

A cárie dentária é uma doença que apesar de não ter cura, pode ser controlada e evitada. É possível intervir no processo carioso antes que as lesões apareçam, ou em sua presença, contribuir para sua paralização ou reversão.

É inaceitável uma criança na idade de 0 a 6 anos ser gravemente acometida pela cárie dentária, pois atualmente existem condições suficientes para evitar que isto aconteça. É injusto e indesejável uma criança nesta faixa etária ter mais de 8 dentes cariados necessitando tratamento dentário.

A Criança Código 3 – Evento Sentinela em Saúde Bucal, é o retrato de uma desigualdade social inaceitável, daí o caráter iníquo desta ocorrência, que precisa ser enfrentada e eliminada do nosso cotidiano.

De acordo com os dados obtidos pelo projeto SB Brasil 2003, a média do índice ceo-d aos 5 anos para o país é de 2,80, muito alta para esta idade, se a compararmos com a média CPO-D aos 12 anos que é de 2,78.

Se esta média já é considerada alta, o que não dizer então de uma criança código 3, com mais de 8 dentes cariados. É inadmissível, ainda nos depararmos com esta situação.

Portanto, é preciso rever o processo de trabalho, identificar as falhas existentes na atenção, na assistência e no acesso, para implementar as correções necessárias e garantir o funcionamento de um serviço de saúde bem qualificado, impedindo que eventos semelhantes aconteçam.

As ações de vigilância em saúde bucal devem ser contínuas e direcionadas principalmente para as famílias mais vulneráveis, no caso específico, as famílias bolsistas devem ter o seu atendimento priorizado.

Os sinais individuais e coletivos de risco em saúde bucal, devem ser constantemente monitorados para garantir uma prática contínua de detecção de danos e riscos, com a finalidade de prevenir os agravos em saúde bucal.

As equipes de saúde devem [...] “ estabelecer um cuidado social que envolve criação de vínculo, priorização de atenção, estímulo ao auto cuidado, detecção de barreiras e busca de soluções para a manutenção a saúde bucal” (BRAGA,2006,p.76)

Ações individuais e coletivas de prevenção e promoção em saúde bucal devem ser implementadas, para o controle adequado dos fatores que determinaram a ocorrência deste evento.

Além do evento sentinela identificado entre as famílias bolsistas, foi detectado também, a ocorrência de outro evento semelhante na área de médio risco do bairro Nova Cachoeirinha, que não é beneficiário do Programa Bolsa Família . A descrição deste caso será relatada no item 6.1 .

Esta criança código 3, foi encaminhada ao serviço odontológico do Centro de Saúde São Francisco, pela professora da Escola Estadual Cornélio Vaz de Melo, região noroeste desta capital.

A criança finalizou o tratamento dentário na Unidade Básica de Saúde, e aguarda tratamento endodôntico de dois dentes decíduos, na Atenção Secundária. Em relação ao atendimento interdisciplinar, foi atendida pela pediatra, enfermeira e auxiliar de enfermagem, e aguarda consulta com psicólogo e nutricionista. Iniciou em outubro o monitoramento dos indicadores de vigilância em saúde bucal escolhidos para este fim. Os familiares ainda não concluíram o tratamento dentário, e o atendimento interdisciplinar está em andamento.

6.1 Descrição do caso

Criança de 5 anos, sexo masculino, com 14 dentes cariados. Família estruturada: pai, mãe e 5 filhos, com idades de 27,22,21,14 e 5 anos. Aos quatro meses passou a ser cuidado pela irmã de 16 anos, para a mãe poder trabalhar e ajudar no sustento da família. Aos 2 anos e meio sofreu um impacto emocional com o acidente do pai, que para poder salvá-lo, quase perdeu a perna que ficou prensada entre o muro de

sua casa, e o carro que o atropelou. Ficou muito deprimido e não comia direito. O alvo da atenção familiar passou a se concentrar no pai, prestes a perder a perna e necessitando de apoio e cuidados para se recuperar do acidente.

O pai, pedreiro, provedor principal, de carteira assinada, passou a receber o auxílio doença, e o fato acontecido o incapacitou para o exercício de sua profissão. Os filhos mais velhos passaram a trabalhar para ajudar no sustento da casa. Seu tratamento se prolongou por mais de dois anos, recebendo assistência domiciliar de profissionais do centro de saúde. Desde então, passa a maior parte de seu tempo em casa, cuidando deste filho.

6.1.1 Dados do cadastro da família

Residência de alvenaria, moradia própria, com laje, energia elétrica, água da copasa, reservatório com tampa e encanamento, água de beber filtrada, com rede de esgoto, instalação sanitária e coleta de lixo oficial; renda familiar: mais ou menos 4 salários mínimos; escolaridade do pai: ensino fundamental; da mãe: ensino fundamental; os três filhos mais velhos: 2º grau completo; um filho no 1º grau, e o menor na pré-escola; não possuem plano de saúde, e em caso da doença procuram o Centro de Saúde; meio de transporte mais usado: ônibus; meio de comunicação mais utilizado; televisão; não participam de grupos comunitários.

6.1.2 Entrevista – Dados da Ficha de Investigação

Pai – 52 anos, atualmente encostado pelo INSS. Acidentou-se em 2007 por atropelamento. A perna esquerda atingida ficou muito comprometida; faz uso contínuo de analgésicos.

Mãe – 48 anos, trabalha em serviços gerais. Fez pré-natal no Centro de Saúde e seu parto foi natural. Amamentou a criança até 2 anos à noite, e depois do desmame, a criança passou a fazer uso de mamadeira durante o dia. Sempre faz

seu acompanhamento com o pediatra do Posto e está com o cartão de vacina em dia.

O pai acha a criança sadia; a mãe fica meio preocupada, porque o filho não come direito. Toma o dia inteiro, mamadeira com leite e toddy e só gosta de alimento doce: muito suco de pacotinho, bala e chiclete. Não gosta de escovar os dentes e ninguém da família o ajuda na escovação. Para limpar os dentes usa pasta e escova. O fio dental não é rotina. Às vezes engole a pasta dental.

Está fazendo o 2º período da pré-escola. Já participou de atividades educativas na escola, e nunca fez aplicação de flúor.

A mãe acha que o remédio que o filho tomava estragou os dentes. Foi ao dentista do Posto somente uma vez, antes do acidente do pai, porque o dente estava doendo. Cárie para o pai é dente podre; para a mãe é dente estragado.

O pai acha que não tem mais saúde, porque a perna sempre dói; para ele, doença é um sofrimento. A mãe acha que tem saúde, porque tem disposição para trabalhar, porque não sente nada e, doença para ela é sentir-se mal, é estar desanimada. O pai também relatou que antes do acidente, bebia e fumava muito; depois que se acidentou parou com o fumo e a bebida.

6.1.3 Prontuário da criança

Desde o nascimento, há o relato de várias crises de asma. Os pais não relataram que a criança é asmática. Quando comentei com eles a respeito, disseram que quando a criança era pequena, tinha muita crise, e que agora faz muito tempo que ela não tem.

6.1.4 Análise do caso

Este caso exemplifica as falhas que ocorreram nos serviços do Centro de Saúde.

Desde o nascimento, e principalmente nas crises de asma, esta criança vem recebendo assistência do pediatra e dos profissionais da enfermagem da Unidade Básica de Saúde , porém, nenhum deles durante todo esse tempo, teve o cuidado de encaminhá-la para o dentista avaliar suas condições bucais.

O fato de ser asmática e fazer uso constante de medicamentos com açúcar em sua fórmula, aliados a uma alimentação cariogênica e má higiene bucal, contribuíram para o aparecimento das lesões cariosas.

A falta de integração entre a ESF e ESB dificultou o trabalho interdisciplinar, impedindo a abordagem preventiva da criança em relação à cárie dentária.

O estresse emocional gerado pelo acidente do pai, e a falta de uma atenção especial da família, provocou nela um sentimento de abandono que acelerou o processo de seu adoecimento bucal.

“O estresse originário do ambiente social, altera a susceptibilidade dos indivíduos afetando a função neuroendócrina e, desta forma aumentando sua vulnerabilidade a doenças” (PERES & PERES, 2008. p.198).

Durante o prolongado tratamento de reabilitação do pai, ninguém percebeu esta criança em sua dor. A mãe relata que o filho ficou muito deprimido após o acidente, mas não procurou ajuda.

Exercer uma clínica ampliada é ter uma visão além da doença. É enxergar a pessoa doente ou com possibilidade de adoecer, ou uma família, ou um coletivo como um “objeto de trabalho” (MANFREDINI, 2004? p.2).

Faltou aos profissionais envolvidos esta visão ampliada no cuidado com a criança. Ficaram muito centrados na doença do pai, e não lembraram que ela poderia ficar doente em decorrência do episódio.

Foi preciso entrar na escola e uma professora enxergar o seu problema, para ser encaminhada ao serviço odontológico do Centro de Saúde , o que já deveria ter ocorrido há mais tempo. Chegou ao consultório com 14 dentes cariados aos 5 anos de idade.

A falta de integração entre as equipes, a pouca participação da equipe de saúde bucal nos grupos operativos, e a falta de um monitoramento contínuo dos fatores de risco individuais e coletivos em saúde bucal, contribuíram para a ocorrência deste evento sentinela. Portanto é preciso promover as mudanças que são necessárias no processo de assistência, para qualificar o serviço e evitar que novos eventos aconteçam.

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As crianças evento sentinela identificadas, serão atendidas e monitoradas de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional (PES), elaborado para enfrentar o problema.

Nós críticos selecionados:

1. Má higiene bucal.
2. Baixa imunidade da criança.
3. Baixo nível de informação dos pais / responsáveis.
4. Condição socioeconômica e cultural desfavorável.
5. Dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

Operações propostas para enfrentar os nós críticos.

Op.1 – Realizar atividades educativas em saúde bucal para a criança evento sentinela.

Produtos

1. Orientação sobre higiene bucal e alimentação saudável realizada através de conversas, jogos, histórias, desenhos, etc.

Resultados

1. Criança motivada para criar hábitos saudáveis.

Op.2 – Fazer abordagem clínica multidisciplinar da criança evento sentinela.

Produtos

1. Atendimento integral de natureza interdisciplinar realizado (dentista, pediatra, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, terapeuta, assistente social, etc.)

Resultados

1. Criança tratada integralmente.
2. Criança amparada e saudável.

Op.3 – Realizar atividades educativas em saúde bucal para os pais / responsáveis / cuidadores.

Produtos

1. Educação em saúde bucal realizada através de reuniões, oficinas e grupos operativos. Temas: higiene oral, alimentação, hábitos saudáveis, etc.
2. Orientação para o auto cuidado e para os cuidados com a criança realizada.
3. Distribuição de escova, pasta e fio dental para todos os membros da família realizada.

Resultados

1. Pais / responsáveis / cuidadores conscientizados sobre a importância da saúde bucal, e sobre a necessidade de limpar os dentes das crianças e fazer o controle da ingestão do açúcar.
2. Pais / responsáveis / cuidadores mais capacitados para cuidar das crianças.
3. Índice de placa e sangramento gengival reduzidos.

Op.4 – Investigar a condição socioeconômica e cultural da família evento sentinela, e encaminhá-la para um atendimento integral multidisciplinar.

Produtos

1. Investigação realizada através de entrevistas, questionários, visita domiciliar, observação de campo, dados de ficha cadastral, informantes chave.

2. Atendimento integral realizado.

Resultados

1. Entendimento da causalidade do evento aprimorado.
2. Visão ampliada da relação criança / família e família / comunidade.
3. Estrutura familiar e papéis desempenhados por seus membros conhecidos.
4. Família acolhida e amparada.
5. Qualidade de vida melhorada.

Op.5 – Reorganizar o processo de trabalho na USB

Produtos

1. Acolhimento resolutivo diário realizado: casos agudos e crônicos.
2. Orientação dos profissionais da USB realizada.
3. Integração da ESB com ESF promovida.
4. Busca ativa da criança evento sentinela realizada nos domicílios, creches e escolas.
5. Atendimento prioritário da criança evento sentinela e de todos os integrantes de sua família realizado.
6. Parceria realizada com as escolas e creches de tempo integral, nas ações de prevenção em saúde bucal.
7. Capacitação dos educadores / cuidadores realizada.
8. Ações de vigilância em saúde bucal desenvolvidas.

Resultados

1. Acesso facilitado da criança evento sentinela ao serviço de saúde.
2. Profissionais da UBS capacitados para detectarem possíveis eventos sentinela em saúde bucal, através da abordagem preventiva.
3. Profissionais das equipes mais integrados.
4. Criança em situação de risco identificada mais rapidamente.
5. Atendimento preventivo e restaurador realizado.
6. Doenças bucais paralisadas e controladas.
7. Índice de placa e sangramento gengival reduzidos.

8. Professores mais conscientizados sobre a necessidade da higiene oral das crianças, e do controle do açúcar na alimentação das mesmas.
9. Educadores / cuidadores mais capacitados para supervisionarem a escovagem diária das crianças nas creches e escolas de tempo integral.
10. Sinais individuais e coletivos de risco em saúde bucal sistematicamente monitorados.

8. MONITORAMENTO

Os eventos sentinela identificados, serão monitorados no período de 2 anos após a erupção dos primeiros molares permanentes.

Os indicadores de vigilância em saúde bucal escolhidos para avaliar o controle da cárie dentária nestas crianças são:

- 1º molar permanente hígido.
 - Ausência de lesão de mancha branca.

O instrumento proposto para o monitoramento dos casos, é uma planilha para cada ano contendo os procedimentos e os indicadores citados, a qual deverá ser preenchida periodicamente nos meses indicados.

Inicialmente a criança evento sentinela será avaliada mensalmente por 3 meses consecutivos. Posteriormente esta avaliação será feita trimestralmente, até completar o período previsto.

Durante a consulta de monitoramento será realizado exame clínico, orientação para a saúde, evidenciação de placa, profilaxia e aplicação tópica de flúor. As restaurações que soltarem deverão ser refeitas.

Os familiares serão incluídas em atividades educativas dos grupos operativos formados na USB.

A criança evento sentinela do caso descrito, iniciou o 1º mês de seu monitoramento com resultado positivo. O 1º molar permanente eruiu e está hígido, não tem lesão de mancha branca, e a higiene está com percentual maior que 33%, portanto, a cárie está sob controle.

9. CONCLUSÃO

Apesar do declínio na prevalência da cárie dentária, ainda podemos encontrar crianças gravemente acometidas pela doença.

A sua distribuição desigual, resultante das precárias condições de vida, precisa ser combatida através de medidas sociais e econômicas, dirigidas principalmente aos grupos mais vulneráveis, para diminuir a exclusão social, e eliminar o caráter iníquo das desigualdades.

O Evento Sentinela, Criança Código 3, é o retrato da iniquidade em saúde bucal, uma desigualdade injusta, que precisa ser eliminada.

Ações contínuas de prevenção, promoção e vigilância em saúde bucal devem ser realizadas desde o nascimento e na idade pré-escolar, para controlar adequadamente os fatores que podem determinar a ocorrência deste evento.

Para enfrentar este problema no Centro de Saúde São Francisco, foi elaborado um projeto de intervenção a partir de um planejamento estratégico situacional, contemplando dois indicadores de vigilância em saúde bucal para avaliar o controle da cárie dentária e, monitorar os casos identificados no período de 2 anos após a erupção dos primeiros molares permanentes.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Andréia Priscila Monteiro. **Prevalência da doença cárie em crianças de 5 anos de idade na cidade de Curitiba** – análise crítica. *Epidemiologia e serviços de saúde*. Curitiba. vol.16, nº2 . abr`/ jun. 2007. p.142-145.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cartilha Bolsa Família: Agenda de compromissos da família**. 2006.
- BRASIL. 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; Ministério da Saúde; abr. 2004. 68 p.**
- GALINDO, Elizabete Maria de Vasconcelos; PEREIRA, José Antonio da Costa; FELICIANO, Kátia Virgínia de Oliveira; KOVACS, Maria Helena. **Prevalência de Cárie e Fatores Associados em Crianças da Comunidade do Vietnã, Recife**. *Revista Brasileira de saúde materno infantil*. Recife. vol.5, nº2. Abr. / Jun., 2005 Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000200009&script=](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000200009&script=scarttext&tlng=pt)scarttext&tlng =pt Acessado em: 02/07/2009.
- GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; SILVA, Marta Maria Alves da; MALTA, Deborah Carvalho; MASCARENHAS, Márcio Denis Medeiros; COSTA, Valter Chaves; MATOS, Sônia Gesteira e; MORAES NETO, Otaliba Libânio de; MONTEIRO, Rosane Aparecida; CARVALHO, Cynthia Gazal; MAGALHÃES, Maria de Lourdes. **A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes**. *Ciênc. saúde coletiva*;11(supl):1269-1278, 2006.
- GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas**. *Ciênc. saúde coletiva*;10(2):357-363, abr.-jun. 2005. Disponível em [http:// www.scielo .br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf). Acesso em 15 de junho de 2009.

GOMES, MA . **Filhos de ninguém?** Um estudo das representações sociais sobre família de adolescentes em situação de rua. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2003 apud GOMES, Mônica Araújo, PEREIRA, Maria Lucia Duarte. **Família em situação de vulnerabilidade social:** uma questão de políticas públicas. Ciênc. saúde coletiva; 10(2):357-363, abr.-jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2009.

HAUSEN, H. **Predição de Cárie Dentária.** In: FEJERSKOV, Ole; KIDD, Edwina. Cárie dentária - A doença e seu tratamento clínico. Tradutores: MIALHE, Fábio Luiz; ASSAF, Andréia Videira; RODRIGUES, Lidiany Karla Azevedo; BÖNECKER, Marcelo; PARDI, Vanessa; GOMES, Viviane Elisângela,;GROISMAN, Sonia, São Paulo: Editora Santos, 2005. Cap. 22, p. 327-339.

KALOUSTIAN, S.M. e Ferrari M. **Família Brasileira:** a base de tudo. 2. ed. São Paulo, SP (Brasil): Editora Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 1994. p. 11-15. apud GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciênc. saúde coletiva;10(2):357-363, abr.-jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2009.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. Comm Dent Oral Epidemiol, 2000; 28: 161-0. apud RONCALLI, Angelo Giuseppe. **Saúde Bucal - Brasil:** as desigualdades entre as famílias brasileiras. In MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Leo; MOYSÉS, Samuel Jorge. Saúde Bucal das famílias. Trabalhando com evidências. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2008. Cap. 7.1, p. 170-194.

MANFREDINI, Marco Antônio. **Um olho no peixe, o outro no gato:** planejando a promoção da saúde na Atenção Primária. [2004?] disponível em www.campinas.sp.gov.br/saude. Acesso em 04 de maio de 2009.

MARTINS, JS (org.) **O massacre dos inocentes**: a criança sem infância no Brasil. (2ª ed.). Hucitec: São Paulo, 1993. apud GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*; 10(2):357-363, abr.-jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2009.

MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; ASSUNÇÃO, Amanda Nolasco de; Silva, GISELE Ferreira da. **Óbitos Infantis Investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná**. *Rev. Esc. Enferm. USP*;42(3), set. 2008.

MEDEIROS JUNIOR, Antônio. **Modelos Assistenciais em Saúde Bucal**. In: FERREIRA, Maria Ângela Fernandes, (Org). *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRRN; 2004. Cap. 18. p. 277-286.

MEDEIROS JÚNIOR, Antônio; RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Políticas de Saúde no Brasil**. In: Ferreira MAF, organizador. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRRN; 2004. Cap.16. p. 249-259.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. BRAGA, Wanda Taulois(Org.) **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; NATIONS, Marilyn Kay; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. **Dentes da desigualdade**: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil / *Cad. saúde pública = Rep. public health*;23(6):1383-1392, jun. 2007. ilus. Disponível em <http://scielop.org/scielo.php?script=sciarttex&pid=s0102311x2007000600013&ING=PT&RNE=ISO>>. Acesso em 12 de jul de 2009.

NADANOVSKY, Paulo. **O declínio da cárie**. In: PINTO, Vitor Gomes. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo, Santos, 2000. Cap. 12. p. 409-419

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo; RONCALLI, Ângelo Giuseppe; ANTUNES, José Leopoldo F. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social** . /Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health;19(6):385-393, jun. 2006.

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. **Condição Marcadora e Evento Sentinela na Avaliação de Serviços de Saúde** [Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS]. In: Projeto GERUS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 1995. p.121-8.

PERES, KGA;BASTOS; JRM, LATORRE MRDO. **Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais**. Rev Saúde Pública. v.34. n.4. p.402-408. 2000;

PERES, Marco Aurélio; Peres, Karen Glazer. **O impacto de eventos precocemente experimentados na família sobre a saúde bucal.**. In MOYSÉS, Simone Tetu,; KRIGER, Leo; MOYSÉS, Samuel Jorge. Saúde Bucal das famílias. Trabalhando com evidências. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2008. Cap. 7.2. p. 195-206.

PITTS, N.B.; FERJESKOV, Ole; FEHR, F.R. von der. **Epidemiologia da Cárie Dentária com Ênfase Especial nos Padrões de Diagnóstico**. in: FEJERSKOV, Ole; KIDD, Edwina. Cárie Dentária. A Doença e seu Tratamento Clínico. Tradutores: MIALHE, Fábio Luiz; ASSAF, Andréia Videira; RODRIGUES, Lidiany Karla Azevedo; BÖNECKER, Marcelo; PARDI, Vanessa; GOMES, Viviane Elisângela; GROISMAN, Sonia. São Paulo, SP: Livraria Santos, 2005. Cap. 9, p.141-161.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. **Saúde Bucal - Brasil: as desigualdades entre as famílias brasileiras**. In MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Leo; MOYSÉS, Samuel

Jorge. Saúde Bucal das famílias. Trabalhando com evidências. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2008. Cap. 7.1, p.170-194.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; ARAÚJO, Lavínia Uchoa Azevedo de. **O Sistema Único de Saúde e os Modelos Assistenciais:** das Propostas Alternativas à Saúde da Família. In: FERREIRA, Maria Ângela Fernandes, (Org). Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004. Cap. 17, p. 261-275.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. LIMA, Kênio Costa; COSTA, Pedro Alzair Pereira da. **A Cárie Dentária.** In: FERREIRA, Maria Ângela Fernandes, (Org). Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004. Cap. 5, p. 81-102.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. **Epidemiologia e Desigualdade:** notas sobre a teoria e a história. Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health;12(6):375-383, dic. 2002. apud. RONCALLI. Ângelo Giuseppe. Saúde Bucal - Brasil: as desigualdades entre as famílias brasileiras In MOYSÉS Simone Tetu; KRIGER Leo; MOYSÉS Samuel Jorge. Saúde Bucal das famílias. Trabalhando com evidências. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2008. Cap. 7.1, p. 170-194.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy(org); DUCCI, Luciano(org); SIMÃO, Mariângela Galvão(org); GEVAERD, Sylvio Palermo(org). **Os dizeres da boca em Curitiba:** boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro; Cebes; 2002. 193 p.

TEIXEIRA, Maria da Glória; RISI JÚNIOR, João Batista; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. **Vigilância epidemiológica.** In: ROUQUAYROL Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida . Epidemiologia & Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro, Editora Médica e Científica Ltda. 2003. Cap.11. p.313-354.

TOMITA, N.E; BIJELLA, V.T.; LOPES, E. S.; FRANCO, L. J. **Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches:**

importância de fatores socioeconômicos. Revista Saúde Pública, 1996. 30(5):413-20.

VASCONCELOS, E. M. **A priorização da Família nas políticas de saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

WHITEHEAD, M. A Typology of actions to tackle social inequalities in health. Journal of Epidemiology and Community Health. N. 61. 2007. p. 473.478. apud RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Saúde Bucal - Brasil: as desigualdades entre as famílias brasileiras.** In MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Leo; MOYSÉS, Samuel Jorge. Saúde Bucal das famílias. Trabalhando com evidências. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2008. Cap. 7.1, p. 170-194.

ANEXO A

FICHA DE INVESTIGAÇÃO – EVENTO SENTINELA – CRIANÇA CÓDIGO 3**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Prontuário:

Escolaridade:

Endereço:

Telefone:

Bairro:

CEP:

Área de risco:

micro área:

ACS:

Nome da mãe:

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome do responsável:

Data de nascimento: / /

Idade:

Sexo:

Profissão:

Escolaridade:

Grau de parentesco:

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Unidade de Saúde:

Investigador / profissional:

Função:

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. N° de pessoas da família.
2. Idade dos familiares.
3. Quem trabalha.
4. Responsável pelo sustento da casa.
5. Renda familiar - sem renda 2 a 3 SM 5 a 10 SM Acima de 20 SM
 1 a 2 SM 3 a 5 SM 3 a 5 SM
6. Quem estuda.
7. Escolaridade dos familiares.
8. Beneficiária do Bolsa Família.
9. Cuidador da criança.
10. O que pensa em relação à saúde bucal
11. Onde fez o pré-natal.
12. Visita ao dentista durante a gravidez.

13. Parto – onde foi e principais fatos.
14. Amamentação – quanto tempo, uso de mamadeira.
15. Crescimento e desenvolvimento – Como foi o acompanhamento.
16. Cartão de vacina.
17. Alimentação – rotina.
18. Consumo de açúcar.
19. Uso de açúcar nas bebidas.
20. Bebida mais consumida.
21. Alimentos doces – qual a frequência.
22. Hábitos deletérios.
23. O que tem em casa para a higiene dental.
24. Quem faz a limpeza dos dentes da criança.
25. N° de vezes que limpa os dentes.
26. Injeção de dentifício.
27. Visita ao dentista. Onde foi e qual o motivo.
28. Saber se a criança já foi atendida no Centro de Saúde. Por qual serviço.
29. Estado geral da criança antes do tratamento dentário.
30. Saber se a criança está na escola, creche. Qual e quanto tempo.
31. Atividades educativas na escola.
32. Flúor na escola.
33. Saber se a criança escova os dentes na escola.
34. Você sabe o que é cárie?
35. Você acha que seu filho(a) tem cárie? Por quê?
36. Você acha que seu filho(a) tem saúde?
37. O que é doença para você?
38. Doenças na família.
39. Vícios na família.

Local e data:

Assinatura:

ANEXO B

Planilha para movimentação do Evento Sentinela – Criança Código 3							1º Ano
Nome:			Prontuário:			Data:	
Coordenação:							Resultados Esperados
	1º Mês	2º Mês	3º Mês	6º Mês	9º Mês	12º Mês	
Procedimentos							
Exame clínico Orientação para saúde Evidenciação de placa Profilaxia Aplicação de flúor							Controle dos indicadores Criança motivada para cuidar dos dentes. Controle de placa Prevenção da cárie
Outros (ionômero, curativo, etc.)							Doenças bucais paralisadas
Indicadores de vigilância							
1º MP hígido							Controle de cárie dentária
Ausência de lesão de mancha branca							

ANEXO C

Planilha para monitoramento do Evento Sentinela – Criança código 3					2º ano
Nome:			Prontuário:		Data:
Coordenação:					Resultados esperados
	3 °mês	6 °mês	9°mês	12°mês	
Procedimentos					
Exame clínico Orientação para a saúde Evidenciação de placa Profilaxia Aplicação de flúor.					Controle dos indicadores Criança motivada para cuidar dos dentes. Controle de placa Prevenção da cárie
Outros (ionômero curativos, etc.)					Doenças bucais paralisadas
Indicadores de vigilância.					
1°MP hígido					Controle da cárie dentária
Ausência de lesão de					

mancha branca.					
----------------	--	--	--	--	--

