

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA**

**CONTROLE DA ALTA PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM**  
**PRIMEIROS MOLARES PERMANENTES EM ESCOLARES**  
**DO MUNICÍPIO DE SANTA EFIGÊNIA DE MINAS**

**ERMINO JOSÉ SOUZA**

**GOVERNADOR VALADARES - MG**

**2013**

ERMINO JOSÉ SOUZA

**CONTROLE DA ALTA PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM PRIMEIROS  
MOLARES PERMANENTES EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE  
SANTA EFIGÊNIA DE MINAS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

GOVERNADOR VALADARES - MG

2013

ERMINO JOSÉ SOUZA

**CONTROLE DA ALTA PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM PRIMEIROS  
MOLARES PERMANENTES EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE  
SANTA EFIGÊNIA DE MINAS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca examinadora:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador

Prof<sup>a</sup>. Andréa Clemente Palmier

Aprovado em Belo Horizonte: 02/03/2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a oportunidade de realizar este curso e assim poder viver novas experiências e adquirir novos conhecimentos.

À minha esposa Karla, e aos meus filhos André e Alexandre pelo apoio e compreensão durante o período de realização do curso de especialização e deste trabalho.

À ESF de Santa Efigênia pelo apoio e suporte durante a realização das atividades propostas nos módulos.

A todos os tutores e ao meu orientador Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena pela presteza, paciência e orientação para conclusão deste trabalho.

## RESUMO

Com a política nacional de saúde bucal, equipes de saúde bucal foram incorporadas ao Programa de Saúde da Família a partir de 2000 buscando ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. No Município de Santa Efigênia de Minas a Equipe de Saúde da Família passou a contar com uma Equipe de Saúde Bucal em 2002. Atualmente há no município esforços para se organizar e melhorar o acesso da população ao serviço odontológico ampliando a oferta de serviço com a implantação de mais uma Equipe de Saúde Bucal. Os últimos levantamentos epidemiológicos nacionais mostraram uma redução na prevalência de cárie na população infantil na faixa etária de 5 e de 12 anos em algumas regiões relacionada às condições socioeconômicas da população. Em Santa Efigênia de Minas foi observado em um levantamento realizado pela Equipe de Saúde no segundo semestre de 2010 que de 623 crianças examinadas, da rede municipal de ensino, 498 apresentavam cárie no primeiro molar permanente, o que motivou a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema. O objetivo do presente trabalho foi relatar o plano de ação para controlar a alta prevalência de cárie em primeiros molares encontrada nos escolares do município. O plano de ação foi elaborado seguindo o método do Planejamento Estratégico situacional estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. A Equipe de Saúde Bucal resolveu priorizar o problema da alta prevalência de cárie em escolares da rede municipal de ensino, identificado durante a realização do Diagnóstico Situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Santa Efigênia. Concluiu-se que as ações de saúde bucal devem ser fundamentadas nos preceitos da universalidade, integralidade e equidade, e para o controle da cárie dentária é necessário que haja uma mudança nos hábitos alimentares, garantia do acesso da população a recursos para cuidar de sua higiene bucal, a água fluoretada e também investimento em recursos humanos, estrutura física e educação continuada para Equipe de Saúde Bucal.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Cárie Dentária, Saúde da Família

## **ABSTRACT**

With the national policy for oral health, Oral Health Teams were incorporated into the Family Health Program since 2000 seeking to increase the access of the Brazilian population to health promotion, prevention and rehabilitation of oral health. In the municipality of Santa Efigenia de Minas Family Health Team now has a team of Oral Health in 2002. Currently the city's efforts to organize and improve the population's access to dental care expanding the service offering with the introduction of yet another Oral Health Team. The latest national epidemiological surveys have shown a reduction in tooth decay in children aged 5 to 12 years in some areas related to the socioeconomic conditions of the population. In Santa Efigenia de Minas was observed in a survey conducted by the Health Team in the second half of 2010 that of 623 children examined, the municipal schools, 498 had caries in the first permanent molar, which led to the elaboration of an action plan to face the problem. The aim of this study was to report the action plan to control the high prevalence of caries in first molars found in schools in the city. The action plan was prepared following the method of situational studied in Strategic Planning module on Planning and Evaluation of Health Actions in the Specialization Course in Primary Care in Family Health. The Oral Health Team decided to prioritize the problem of high prevalence of caries in the municipal schools, identified during the course of the Situational Diagnosis of the area covered by the Family Health Team Santa Efigenia. It was concluded that oral health actions should be based on the principles of universality, comprehensiveness and equity, and for the control of dental caries is a need for a change in eating habits, ensuring people's access to resources to take care of their hygiene oral, fluoridated water and also investment in human resources, physical infrastructure and continuing education for Oral Health Team

**Keywords:** Oral Health; Dental Caries, Family Health

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Priorização dos problemas pela ESF de Santa Efigênia de Minas.....	<b>25</b>
<b>Quadro 2:</b> Recursos críticos para colocar em prática os projetos para resolver o problema da alta prevalência de cárie em primeiros molares entre os escolares de Santa Efigênia de Minas.....	<b>28</b>
<b>Quadro 3:</b> Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema da alta prevalência de cárie em primeiros molares entre os escolares de Santa Efigênia de Minas.....	<b>28</b>
<b>Quadro 4:</b> Operação do Plano.....	<b>29</b>

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Fatores que interagem para o aparecimento da doença cárie segundo Newbrun ..... **19**
- Figura 2:** Organograma mostrando as causas e consequências do problema alta prevalência de cárie em primeiros molares em escolares do município de Santa Efigênia de Minas..... **26**
- Figura 3:** Organograma do Plano de ação proposto..... **29**



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ASB** – Auxiliar em saúde bucal

**CEABSF** – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**CPO-D** – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

**CRAS** – Centro de Referência da Assistência Social

**DES-RE** – Desmineralização e Remineralização

**ESB** – Equipe de Saúde Bucal

**ESF** – Equipe de Saúde da Família

**NESCON** – Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG

**PES** – Planejamento Estratégico Situacional

**SciELO** – *Scientific Electronic Library Online*

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TSB** – Técnico em saúde bucal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
	3.1 Objetivo Geral .....	14
	3.2 Objetivos Específicos .....	14
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
	5.1 Cárie dentária: definindo o problema .....	16
	5.2 Cárie dentária: como controlar o problema .....	19
	5.3 Cárie dentária: a realidade em Santa Efigênia de Minas .....	21
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>23</b>
	6.1 Problema priorizado .....	24
	6.2 Como o problema foi identificado .....	24
	6.3 Descrição e explicação do problema .....	25
	6.4 Nós críticos .....	26
	6.5 Desenho das operações .....	26
	6.6 Projeto – “Sorrisos do Amanhã” .....	30
	6.7 Projeto – “Comer bem” .....	30
	6.8 Projeto – “Casa do Sorriso” .....	31
	6.9 Projeto – “Atender com humanidade e qualidade” .....	31
	6.10 Projeto – “Água nossa de cada dia” .....	31
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

# 1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde bucal no contexto econômico, político e histórico nacional tiveram seu início com a criação do Sistema Incremental de Atenção ao Escolar com atenção odontológica curativa, voltada para o escolar de 7 a 14 anos altamente excludente, não integralizada e ineficaz. Na década de 80, com a reforma sanitária a odontologia simplificada começou a ganhar força com ações de prevenção voltadas ainda só para os escolares. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde houve a programação de uma política de saúde bucal, que com a criação do Programa de Saúde da Família na década de 1990, ganha força garantindo o acesso e a equidade da assistência odontológica com uma política de ações integralizadas centradas na família.

Em 2000 a portaria n.º 1.444, de 28/12/2000 cria o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família numa tentativa de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Com o objetivo de conhecer a condição de saúde bucal da população brasileira foram realizados alguns levantamentos epidemiológicos nacionais. Segundo o levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1986, o primeiro com abrangência nacional, foram identificados altos índices de cárie entre as crianças brasileiras, com o CPO-D médio evoluindo de 1,25 aos 6 anos para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos. Os outros três levantamentos de ordem nacional realizados após 1986 mostraram uma expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil de 5 a 12 anos, sendo essa redução maior em algumas regiões do país e menor em outras devido às condições socioeconômicas da população.

A Unidade de Saúde no município de Santa Efigênia de Minas foi inaugurada há cerca de onze anos e, há quatro anos conta com sede própria localizada nas proximidades do centro da cidade, o que facilita o acesso dos usuários. A Unidade da zona rural, Córrego do Geraldo Pinto, foi inaugurada em 2011 estrategicamente localizada para atender outras comunidades da zona rural localizadas na proximidade e também conta com sede própria. Os prédios são novos, mas as instalações poderiam ter sido melhor planejadas. Uma das maiores

dificuldades enfrentadas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) foi o acesso aos demais níveis assistenciais por causa do transporte.

Somente a ESF da zona urbana conta com Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade II. Há também no município alguns projetos sociais coordenados pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) voltados para os jovens e adolescentes.

A odontologia no município de Santa Efigênia de Minas se desenvolveu tendo como base as políticas de saúde adotadas pelo governo. Durante muitos anos ocorreu de forma precária centrada no atendimento aos escolares de forma excludente, não integralizada e sem resolubilidade. Começou a melhorar na década passada com criação do Programa Saúde da Família que teve uma unidade implantada no município em 2001 e com a Política Nacional de Saúde Bucal, que em 2002 possibilitou que a Equipe de Saúde da Família do município passasse a contar com uma Equipe de Saúde Bucal. Nos dias atuais o que se vê no município é um esforço para organizar e melhorar o acesso da população ao serviço odontológico ampliando a oferta de serviço com a implantação de mais uma Equipe de Saúde Bucal. Como no cenário nacional, ainda há muito o que melhorar para que o atendimento seja feito de forma mais humanizada, integrada e multidisciplinar para que a iniquidade seja diminuída.

De acordo com dados obtidos por ocasião do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF de Santa Efigênia de Minas, realizado durante o módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), para que os principais problemas de saúde da população adscrita fossem identificados e ações de saúde mais eficazes fossem propostas e também a partir de consulta a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), os principais problemas de saúde enfrentados pelo município são a hipertensão arterial e o diabetes, com o alcoolismo, a deficiência física e epilepsia também sendo dignos de nota.

A ESB de Santa Efigênia de Minas considera também que a prevalência de cárie 80%, em primeiros molares, encontrada entre as crianças da rede municipal de ensino é de grande relevância. Durante um levantamento realizado no segundo semestre de 2010 junto aos escolares do município das 623 crianças examinadas aproximadamente 498 apresentaram o primeiro molar cariado.

Os problemas enfrentados pela ESB no município estão principalmente relacionados à grande demanda espontânea, à falta de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal, assistência odontológica deficiente devido ao pequeno número de profissionais para atendimento, falta de acesso à água tratada por parte da população, dificuldade de acesso da ESB às comunidades da zona rural e da população aos centros de referência para atenção secundária fora do município e ainda espaço físico e estrutura inadequados.

Tendo em vista o relatado acima, a ESB achou por bem priorizar a elaboração de um plano de ação para enfrentar o problema da alta prevalência de cárie em primeiros molares propondo ações de saúde bucal para serem desenvolvidas no município, sempre atentos às condições sociais, culturais e econômicas da população adscrita, e com isso buscar a prática de uma assistência odontológica humanizada e resolutiva na unidade de saúde, capaz de criar vínculo com a comunidade e conseguir assim melhorar a qualidade de vida da população atendida.

## 2 JUSTIFICATIVA

A cárie dentária representa um dos principais agravos em saúde bucal a ser enfrentado no Brasil. Em Santa Efigênia de Minas foi encontrada uma prevalência de cárie em primeiros molares de 80% entre os escolares do município. Tal condição pode trazer, a longo prazo, consequências ruins para a saúde das pessoas, que se não for tratada precocemente a lesão cáriosa pode levar a necessidade de tratamento endodôntico ou até mesmo a perda do elemento dentário.

A ESB do município tem encontrado dificuldades para enfrentar o problema devido à alta demanda espontânea por tratamento odontológico e a dificuldade com transporte para referenciar os casos que requerem tratamento especializado. Com isso, são frequentes as faltas de alunos as aulas nas escolas da rede municipal, por problemas de dor de dente e as extrações dos mesmos pela falta de condição financeira das pessoas para arcar com o tratamento particular.

Assim, justifica-se a elaboração de um plano de ação que apresente ações de promoção e prevenção em saúde bucal e também de melhorias na estrutura de atendimento, física e de recursos humanos, para que se alcance um atendimento odontológico resolutivo e humanizado no município capaz de trazer melhores condições de saúde bucal para a população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Controlar o problema da alta prevalência de cárie em primeiros molares encontrada em escolares do município.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Propor um plano de ação que contemple ações que ajudem a controlar a prevalência de cárie em primeiros molares;
- ✓ Reduzir a prevalência de cárie em primeiros molares nos alunos das escolas municipais;
- ✓ Sensibilizar as crianças com relação à importância dos cuidados com a sua saúde bucal;
- ✓ Orientar os alunos das escolas municipais e seus familiares sobre a importância da adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.
- ✓ Propor a construção e estruturação de uma clínica odontológica municipal, onde o atendimento odontológico possa ocorrer de forma mais eficiente, humanizada e capaz de criar vínculo com a comunidade;
- ✓ Distribuir regularmente escova e creme dental fluoretado;
- ✓ Propor a contratação de funcionários habilitados para compor a ESB e submetê-los a um programa de educação permanente;
- ✓ Propor a ampliação da rede de abastecimento de água do município, fazendo-a chegar aos locais da área urbana que ainda não contam com o serviço.

## 4 METODOLOGIA

Planejar é uma necessidade e processo permanente nas unidades de saúde devido as constantes mudanças e transformações que ocorrem de forma dinâmica, para que os objetivos a serem alcançados com as ações propostas sejam atingidos. Segundo Campos, Farias e Santos (2010):

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p. 20).

Visando a fundamentação teórica para a realização do presente trabalho foi realizada uma busca junto a biblioteca eletrônica SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) por artigos publicados em língua portuguesa, no período de 1985 a 2012 e que tivessem relação com o tema proposto, sendo utilizados os seguintes descritores: saúde bucal, cárie dentária.

Sendo assim buscou-se a elaboração de um plano de ação, para enfrentamento do problema, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus e estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABSF, que consiste em identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados através de um processo participativo que engloba a visão de diversos setores sociais e elabora soluções para o seu enfrentamento através de soluções e estratégias viáveis para alcançar os objetivos propostos, procurando avaliar sempre os resultados de sua implantação. Para tanto foi realizado o Diagnóstico Situacional, através do método da estimativa rápida, uma das etapas do PES, realizada para identificar os problemas a serem enfrentados, para que as prioridades fossem estabelecidas. Este método procura envolver a população, os diversos setores sociais e autoridades municipais na identificação das suas necessidades e problemas, facilitando o trabalho intersetorial e apoiando o processo de planejamento participativo.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) resolveu priorizar o problema da alta prevalência de cárie em primeiros molares encontrada nos escolares da rede municipal de ensino do Município de Santa Efigênia de Minas, elaborando um plano de ação.



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Cárie dentária – definindo o problema

“A cárie dental é reconhecida como uma doença infectocontagiosa, resultado de uma perda mineral localizada, cuja causa são os ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta” (LOESCHE, 1930 *apud* PEREIRA *et al.*, 2003, p.193).

A cárie dentária, na sua mais simples expressão, consiste na dissolução química dos sais de cálcio do dente pelo ácido láctico, acompanhada pela decomposição da matriz orgânica, ou corpo gelatinoso, que, na dentina, ocorre após a dissolução dos sais de cálcio. Na cárie de esmalte, toda substância tecidual é removida pela dissolução de sais de cálcio, havendo tão pouca matriz orgânica no esmalte que ele não irá se manter íntegro e, conseqüentemente, uma cavidade é formada pela simples dissolução dos sais de cálcio dos quais o esmalte é composto. Esta dissolução sempre se inicia na superfície, nunca no interior. A destruição do dente é, portanto, causada por um agente atuando fora do dente, nunca dentro dele. É algo estranho ao dente, atuando na superfície no início e penetrando pouco a pouco na sua subsuperfície (BLACK, 1908 *apud* FEJERSKOV *et al.*, 2007, p. 4).

A cárie dentária é uma doença que, através do desequilíbrio DES-RE (desmineralização e remineralização), provoca perda mineral progressiva nas estruturas dentárias, estando associada a presença de uma biofilme rico em *Streptococcus mutans* sobre a superfície do dente tendo a sacarose como fonte de alimento (PALMIER *et al.*, 2008).

A atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com conseqüente formação da lesão de cárie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial (BRASIL, 2008 p. 31).

A presença do biofilme por si só, não é suficiente para fazer desenvolver a doença que por sua natureza multifatorial depende do efeito combinado de determinantes positivos e negativos. Por exemplo, o consumo aumentado de açúcar e a diminuição do fluxo salivar que aceleram o processo de desmineralização por

tornar a placa mais ácida e o uso do flúor que por estabilizar o equilíbrio mineral diminui as taxas de desmineralização (NYVAD, 2007).

Ainda segundo Lima (2007):

[...] A cárie dentária não deve ser considerada uma doença, mas simplesmente uma lesão do esmalte de causa local, sem fatores etiológicos determinantes, porém provocada pelo desequilíbrio de fatores considerados fisiológicos, pertencentes à biodiversidade do ser humano e especificamente da cavidade bucal (LIMA, 2007, p.119).

A cárie dentária trata-se de uma doença crônica que progride lentamente na maioria dos indivíduos, e que na ausência de tratamento progride até destruir totalmente o elemento dentário, podendo atingir o esmalte dentário, a dentina e o cimento (FEJERSKOV, 2007).

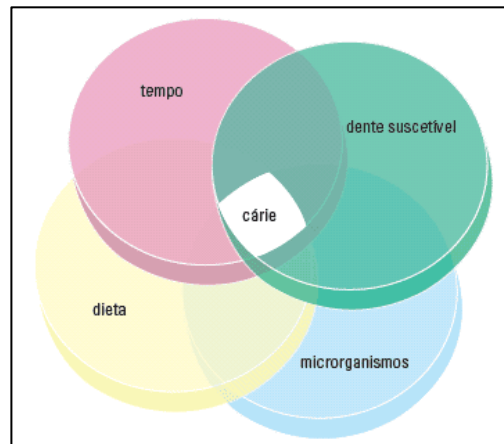
A destruição encontrada em tecido duro é denominada “lesão” e considerada o sinal da doença e classificada de acordo com sua localização em cárie de esmalte ou cárie radicular sendo considerada primária se ocorrer em superfícies não restauradas e secundária se ocorrer adjacente a restaurações (FEJERSKOV, 2007).

A lesão cariosa pode se desenvolver em qualquer superfície do dente e é necessário para que isso ocorra, a presença de um biofilme microbiano, pois nesse biofilme ocorrem flutuações de pH que alteram o equilíbrio entre o esmalte e o fluído da placa resultando em um processo de desmineralização e remineralização que cumulativamente pode resultar em uma perda líquida de minerais dissolvendo os tecidos dentários duros e formando assim uma lesão cariosa (FEJERSKOV, 2007).

Newbrun (1988) afirma que trata-se de uma doença multifatorial onde quatro fatores interagem para que haja o seu aparecimento: o hospedeiro (saliva e os dentes), a microbiota, a dieta e o fator tempo. Tais fatores podem ser observados no diagrama da (Figura 1).

A cárie é considerada uma doença que apresenta um caráter multifatorial sendo influenciada principalmente pela presença de microrganismos, a concentração de flúor na boca, a frequência de ingestão de açúcar, o fluxo da saliva e sua capacidade tampão, tem como característica clínica o aparecimento de lesões cariosas que em estágios anteriores a cavitação, numa abordagem conservadora, através da prevenção e promoção de saúde pode ser revertida (MINAS GERAIS, 2006).

**Figura 1** - Fatores que interagem para o aparecimento da doença cárie



**Fonte:** Lima (2007, pag.121).

De acordo com Newbrun (1988 *apud* PEREIRA *et al.*, 2003, p. 193) “a cárie requer um hospedeiro que possa ser colonizado por uma microbiota cariogênica, consumindo uma dieta rica em sacarose, por um período de tempo significativo”.

De acordo com Peres, Bastos e Latorre (2000) a maior frequência (duas a três vezes ao dia, todos os dias) no consumo de produtos cariogênicos por crianças foi responsável por estas, apresentarem 4,41 vezes mais chances de ter alta severidade de cárie. O mesmo autor também observou que a renda familiar estava associada negativamente com a severidade de cárie: crianças com renda familiar menor apresentaram 4,18 vezes mais chances de apresentar alta severidade de cárie.

Apesar de ser uma doença que afeta a humanidade desde a pré-história, a prevalência da cárie dentária aumentou, de forma significativa, tornando-se problema de saúde pública em todo o mundo, após a incorporação e, uma maior frequência no consumo de produtos que continham sacarose na dieta alimentar da população de uma forma geral (ZHANG, 1982; HUME, 1996 *apud* PEREIRA *et al.*, 2003, p. 216).

## 5.2 Cárie dentária: como controlar o problema

A evolução da doença cárie está relacionada a uma alteração no equilíbrio do processo de “des-re”. Um desequilíbrio no processo de “des-re” geralmente é provocado por um aumento na frequência da ingestão de carboidratos fermentáveis pelos micro-organismos da placa, associada a um controle mecânico deficiente o que pode prejudicar a capacidade remineralizadora da saliva. Nessa situação podem ocorrer desmineralizações irreversíveis nos tecidos dentais que podem evoluir para lesões irreversíveis que provoquem a cavitação do esmalte determinando lesões de cárie avançadas (LIMA, 2007). Assim um controle efetivo desses fatores irá influenciar no controle da evolução da doença cárie.

Em contra partida, o flúor associado a uma boa higiene bucal podem ajudar a controlar o processo de desenvolvimento da cárie dentária, sendo a combinação desses fatores responsável pelo desenvolvimento ou não de lesões de cárie (PALMIER *et al.*, 2008).

A dieta representa um papel importante no desenvolvimento da cárie dentária, sendo que, a frequência da ingestão dos carboidratos fermentáveis e a sua consistência favorecerem a formação das lesões de cárie, havendo associação entre a frequente ingestão de sacarose e o aumento da prevalência e da severidade da cárie (PALMIER *et al.*, 2008).

Segundo Newbrun (1988):

[...] A prevenção da cárie baseia-se nas tentativas de: 1) aumentar a resistência do hospedeiro (terapia com flúor, selantes oclusais, imunização), 2) diminuir o número de microrganismos que estão em contato com os dentes (controle de placa), 3) modificar o substrato através da seleção de gêneros alimentícios não cariogênicos e 4) reduzir a permanência do substrato na boca, limitando a frequência da ingestão (NEWBRUN, 1988, p.17).

De acordo com Palmier *et al.*, (2008) e Fejerskov (2007) um baixo fluxo salivar pode influenciar positivamente no processo de desenvolvimento da cárie dentária, estando o papel protetor da saliva relacionado a sua capacidade-tampão que neutraliza os ácidos da placa e reduz a desmineralização do dente, à manutenção de concentrações supersaturadas de cálcio e fosfato em relação a hidroxiapatita e a sua participação na formação da película adquirida do esmalte que protege o mesmo contra a abrasão e atrição.

O flúor associado a uma boa higiene bucal, sozinhos, não impedem o aparecimento de lesões cáries, sendo, necessário, a adoção de outras medidas preventivas como a redução na frequência da ingestão de açúcar e controle do biofilme (PEREIRA, 2003).

A fluoretação da água de abastecimento público representa, se não a principal, uma das mais importantes medidas de saúde pública, sendo considerado o método de prevenção de cáries mais efetivo em termos de abrangência coletiva e um dos meios mais efetivos para manter constante a presença de flúor na cavidade bucal (PEREIRA, 2003, p. 265; RAMIRES; BUZALAF, 2007).

Diversos estudos tem mostrado que em áreas onde existe a fluoretação da água de abastecimento observa-se uma redução considerável na prevalência de cárie. Cypriano *et al.*, (2003) encontrou uma maior proporção de crianças livres de cárie, aos 12anos, nos municípios com água fluoretada. Newbrun, 1988 relata que o consumo de água fluoretada desde o nascimento, em comunidades com fluoretação da água de abastecimento, indica uma ocorrência 60% menor de cárie dentária. Já Narvai (2000) identificou no período 1986-1996, com 42% da população recebendo água fluoretada, uma queda na prevalência da cárie entre crianças de 12 anos de idade de 53% enquanto que Viegas e Viegas (1988) concluíram que após dezesseis anos de fluoretação da água de abastecimento público da cidade de Barretos, 66,1% das crianças entre 5 e 6 anos de idade estavam isentas de cárie e que nas crianças de 6 a 14 anos de idade houve uma redução no CPO médio desse grupo etário de 54%.

[...] O conhecimento de todas as etapas da etiologia da cárie dental e dos fatores relacionados ao seu desenvolvimento é de grande importância para que o cirurgião dentista esteja apto a observar e a interpretar os dados clínicos disponíveis, a fim de melhor orientar seus pacientes na clínica e coordenar as ações dirigidas a grupos populacionais na prática da odontologia em saúde pública (PEREIRA, 2003, p. 204).

Para controle e prevenção da cárie na população destacam-se medidas de saúde pública intersetoriais e educativas, que possibilitem acesso à alguma forma de flúor, redução do consumo do açúcar e disponibilidade de informação sistemática sobre os fatores de risco e autocuidado. São também determinantes as políticas relacionadas à melhoria das condições socioeconômicas, da qualidade de vida, do acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde (BRASIL, 2008, p.32).

### **5.3 Cárie dentária – a realidade em Santa Efigênia de Minas**

Santa Efigênia de Minas é uma cidade do interior de Minas Gerais com aproximadamente 5000 habitantes, que vivem basicamente do comércio, economia informal, agricultura de subsistência e pecuária leiteira e de corte.

A grande maioria da população trabalha na prefeitura, nos mais variados setores ou então no comércio local ou na construção civil, recebendo em média de um a dois salários mínimos. O desemprego é grande e o número de pessoas que trabalha recebendo menos de um salário mínimo por mês também.

Grande parte da população reside na zona rural em diversas comunidades e distritos do município, vivendo da agricultura de subsistência ou pecuária. Nessas comunidades as condições de saneamento básico são precárias. O acesso à zona urbana é difícil devido às condições de conservação das estradas vicinais, bem como o acesso a essas comunidades pela equipe de saúde da família, pelo mesmo motivo.

A ESB do município conta hoje com uma dentista, uma técnica em saúde bucal (TSB) e uma auxiliar em saúde bucal (ASB) (não habilitada) funcionando na modalidade II, sendo responsável pelo atendimento de toda a população. A Secretaria de Saúde está trabalhando pela implantação de mais uma ESB no município, só que a estrutura física deverá ser ampliada e segundo a mesma, os entraves burocráticos estão atrasando o processo.

Segundo dados do SIAB obtidos por ocasião do Diagnóstico Situacional das 1412 famílias do município, somente 831 tem acesso à água tratada e fluoretada todas residentes na zona urbana do município. Não foi possível precisar exatamente entre as 581 famílias restantes, quantas residem na zona rural e na zona urbana, mas a maioria reside na zona rural.

O município contava com uma população na faixa etária de 5 a 14 anos de 912 indivíduos matriculados na rede municipal e estadual de ensino na ocasião do Diagnóstico Situacional de uma população total de 5095 habitantes de acordo com dados do SIAB (2011). Somente em meados de 2010 é que um programa de escovação supervisionada pode ser implantado junto aos escolares do município quando foi contratada uma TSB para integrar a ESB que até então funcionava na modalidade I. Eram realizadas até esse momento, atividades pontuais de promoção

e prevenção em saúde bucal junto aos escolares, devido a grande demanda espontânea por atendimento.

Num levantamento realizado pela ESB junto aos escolares do município no final de 2010, a prevalência de cárie em primeiros molares foi considerada alta. A ESB considera a grande prevalência de cárie em primeiros molares um problema de grande relevância para o município e quando não resolvido precocemente, pode levar à necessidade de tratamento endodôntico, serviço especializado de alto custo e não realizado na unidade de saúde, ou ainda, a perda prematura dos dentes pela falta de condições financeiras para realizar o tratamento, levando a população a correr o risco de no futuro ter que lutar contra problemas oclusais. O problema ainda interfere diretamente no rendimento escolar das crianças que faltam as aulas frequentemente por problemas de dor de dente.

Assim foi proposto e elaborado um plano de ação de acordo com o método do PES, visto no módulo sobre Planejamento e avaliação das ações em saúde que será apresentado a seguir.

## 6 PLANO DE AÇÃO

Foi escolhido para o diagnóstico o método da Estimativa Rápida. Foi montada uma equipe formada por profissionais da equipe de saúde que foi subdividida em três grupos, ficando cada grupo responsável por realizar uma atividade dentro da proposta de planejamento.

Foi realizada uma reunião com a equipe onde três grupos foram formados e as tarefas distribuídas. O grupo 1 ficou responsável por realizar uma entrevista com informantes chave do município, o grupo 2 ficou encarregado pelo levantamento de dados secundários e o grupo 3 pela observação ativa.

Os principais problemas de saúde identificados no município foram a hipertensão: 745 hipertensos cadastrados de uma população de 5.095 habitantes de acordo com dados do SIAB(2011). O diabetes: 107 diabéticos cadastrados de uma população de 5.095 habitantes. Casos de alcoolismo, 45 registros; epilepsia, 26 registros; e pessoas com deficiência física, 64 registros, também foram considerados pela equipe. Uma alta prevalência de cárie em primeiros molares identificada pela ESB durante um levantamento realizado junto aos escolares da rede municipal de ensino no segundo semestre de 2010 também foi considerada: de um total de 623 crianças examinadas 498 apresentavam cárie em primeiros molares permanentes.

Há um nível considerável de pessoas desempregadas e subempregadas, com a maioria da população empregada pela prefeitura e outra parte trabalhando em diversos outros setores. A maioria da população depende dos serviços prestados pela unidade de saúde da família e pelo posto de saúde sendo o acesso a esses serviços dificultado para as pessoas da zona rural por problemas com transporte e má conservação das estradas vicinais.



## 6.1 - Problema priorizado

**Quadro 1** – Priorização dos problemas pela ESF de Santa Efigênia de Minas

Priorização dos Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão	Alta	5	Parcial	2
Diabetes	Alta	4	Parcial	3
Cárie em primeiros molares	Alta	4	Parcial	1
Deficiência física	Alta	3	Parcial	4
Alcoolismo	Alta	3	Parcial	5

**Fonte:** Autoria própria (2012)

A alta prevalência de cárie em primeiros molares permanentes em escolares do município de Santa Efigênia de Minas foi o problema selecionado pois para os demais problemas já existem ações sendo colocadas em prática.

## 6.2 - Como o problema foi identificado?

O problema priorizado não pôde ser identificado a partir da consulta a base de dados feita durante a elaboração do diagnóstico situacional, pois não foi encontrado nenhum registro. A equipe de saúde bucal também não dispunha de dados de nenhum levantamento epidemiológico realizado nos últimos anos.

Entretanto, a partir de um levantamento realizado pela equipe de saúde bucal junto aos escolares para verificar somente a necessidade de tratamento, no segundo semestre de 2010, consideramos que a prevalência de cárie em primeiros molares permanentes estava alta. Das 623 crianças de 7 a 11 anos examinadas, cerca de 80% apresentavam lesão cariada no primeiro molar permanente. Sendo assim julgamos relevante então o enfrentamento do problema.

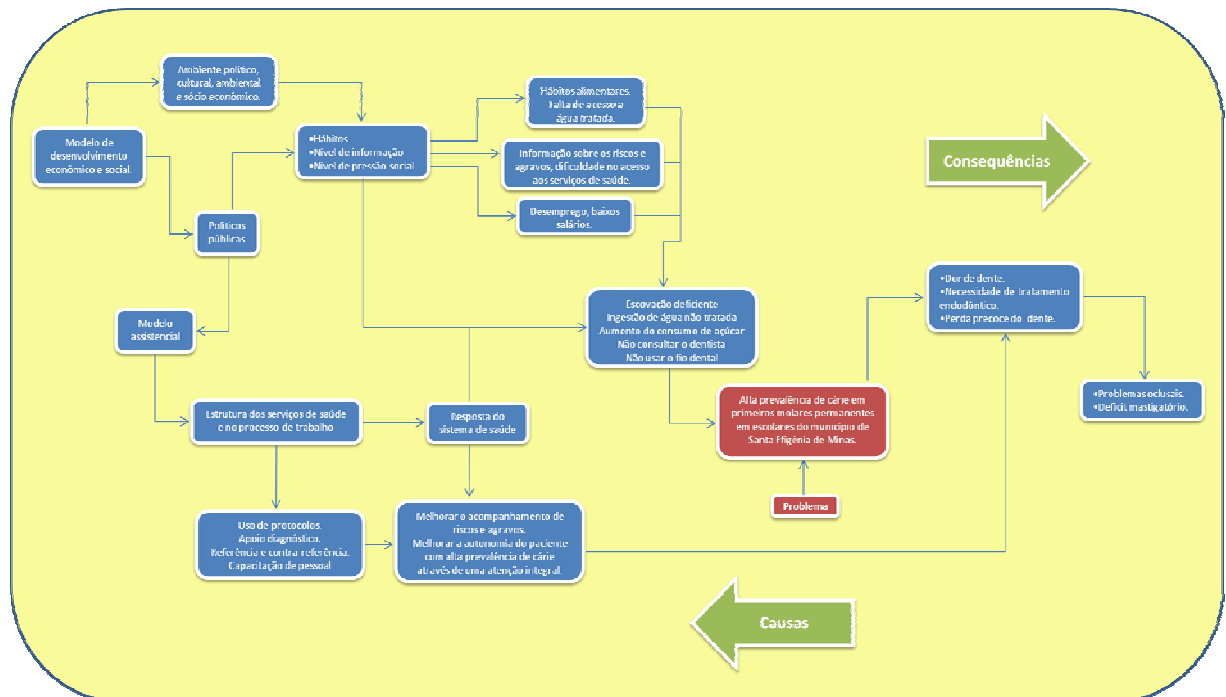
### 6.3 - Descrição e explicação do problema

A equipe considera que a grande prevalência de cárie em primeiros molares encontrada nos escolares se deve principalmente à falta de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal, falta de acesso a água tratada por parte da população, assistência odontológica deficiente devido ao pequeno número de profissionais para atendimento e ainda espaço físico e estrutura inadequados para a prática de uma assistência odontológica humanizada e resolutiva, na unidade de saúde, capaz de criar vínculo com a comunidade.

Considera ainda que o problema, quando não resolvido precocemente pode levar à necessidade de tratamento endodôntico, serviço especializado de alto custo e não realizado na unidade de saúde, motivo que tem levado muitos jovens a sofrer com a perda prematura dos dentes pela falta de condições financeiras dos pais para realizar o tratamento, e correr o risco de no futuro ter que lutar contra problemas oclusais.

O problema ainda interfere diretamente no rendimento escolar das crianças que faltam as aulas frequentemente por problemas de dor de dente.

**Figura 2 – Organograma mostrando as causas e conseqüências do problema alta prevalência de cárie em primeiros molares em escolares do município de Santa Efigênia de Minas**



Fonte: Autoria própria (2012).

## 6.4 - Nós críticos

- ✓ Falta de conhecimento sobre a realidade de saúde bucal dos escolares;
- ✓ Prevenção junto aos escolares;
- ✓ Hábitos alimentares;
- ✓ Estrutura física do serviço de saúde bucal;
- ✓ Nível de qualificação da equipe de saúde bucal;
- ✓ Deficiências na rede de distribuição de água.

## 6.5 - Desenho das operações

Realizar um novo levantamento epidemiológico para conhecer a realidade da saúde bucal do município e propor ações de promoção e prevenção em saúde bucal, condizentes com a realidade vivida pela comunidade adscrita e que busquem estabelecer um vínculo duradouro e resolutivo entre a ESB e a população.

**Figura 3** – Organograma do Plano de ação proposto



**Fonte:** Autoria própria (2012)

**Quadro 2:** Recursos críticos para colocar em prática os projetos para resolver o problema da alta prevalência de cárie em primeiros molares entre os escolares de Santa Efigênia de Minas

Operação/Projeto	Recursos críticos
Sorrisos do amanhã	<b>Político</b> – Conseguir apoio da secretaria da educação. <b>Financeiro</b> – para construção dos escovários nas escolas e aquisição de material educativo.
Comer bem!	<b>Organizacional</b> – Mobilização da comunidade escolar em relação importância da mudança de hábitos alimentares. <b>Político</b> – conseguir apoio da secretaria da educação.
Casa do sorriso	<b>Político</b> – Conseguir apoio do poder executivo e secretaria municipal de saúde. <b>Financeiro</b> – para construção da clínica, compra de equipamentos e contratação de funcionários.
Atender com humanidade e qualidade	<b>Político</b> - Conseguir apoio do poder executivo e secretaria municipal de saúde. <b>Financeiro</b> – para contratação de funcionários, aquisição de material educativo.
Água nossa de cada dia	<b>Político</b> – Mobilização social em torno da questão do problema de abastecimento. <b>Financeiro</b> – para a ampliação da rede de abastecimento.

Fonte: Autoria própria, 2012.

**Quadro 3:** Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema da alta prevalência de cárie em primeiros molares entre os escolares de Santa Efigênia de Minas

Operação/ projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
“Sorrisos do Amanhã”	<b>Político</b> – Conseguir apoio da secretaria da educação.	Secretária da educação	Favorável	Não é necessário.
	<b>Financeiro</b> – para construção dos escovários nas escolas e aquisição de material educativo.	+Secretário de saúde e Secretária da educação	Favorável	
“Comer bem!”	<b>Organizacional</b> – Mobilização da comunidade escolar em relação a importância da mudança de hábitos alimentares.	Secretária da educação, direção da escola e equipe de professores.	Favorável	Não é necessário.

	<b>Político</b> – conseguir apoio da secretaria da educação.	Secretária de educação	Favorável	
“Casa do sorriso”	<b>Político</b> – Conseguir apoio do poder executivo e secretaria municipal de saúde.	Prefeito e Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto e sensibilizar o poder executivo e lideranças políticas quanto ao impacto político e social.
	<b>Financeiro</b> – para construção da clínica, compra de equipamentos e contratação de funcionários.	Poder executivo e Secretário de saúde, Conselho Municipal de Saúde	Indiferente	
“Atender com humanidade e qualidade”	<b>Político</b> - Conseguir apoio do poder executivo e secretaria municipal de saúde.	Prefeito e Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessário.
	<b>Financeiro</b> – para contratação de funcionários, aquisição de material educativo.	Poder executivo e Secretário de saúde	Favorável	
“Água nossa de cada dia”	<b>Político</b> – Mobilização social em torno da questão do problema de abastecimento.	Líderes políticos e lideranças comunitárias	Favorável	Apresentar projeto e sensibilizar lideranças e comunidade.
	<b>Financeiro</b> – para a ampliação da rede de abastecimento.	Poder executivo, Secretaria de obras e Companhia de abastecimento.	Indiferente	

Fonte: Autoria própria, 2012.

#### Quadro 4: Operação do Plano

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Sorrisos do Amanhã”	Reduzir em 80% a prevalência de cárie em primeiros molares em 2 anos.	Realização de palestras educativas nas escolas pela ESB; Implantação do programa de escovação supervisionada.		Equipe de Saúde Bucal	3 meses para início das atividades

“Comer bem!”	Reduzir em 90% o consumo de guloseimas nas escolas.	Realização de palestras educativas nas escolas pela ESB e nutricionista; Implementação de mudanças no cardápio da merenda escolar.		Equipe de Saúde Bucal e Nutricionista	3 meses para início das atividades
“Casa do sorriso”	Construir uma clínica odontológica; Comprar equipamentos e contratar profissionais para a clínica.	Elaboração do projeto arquitetônico e aprovação do mesmo pelo poder executivo e secretaria de saúde.	Apresentar projeto e sensibilizar o poder executivo e lideranças políticas e conselho municipal de saúde quanto ao impacto político e social.	Equipe de Saúde Bucal; Engenheiro da prefeitura.	4 meses para elaboração do projeto e apresentação do mesmo; 2 meses para aprovação do projeto; 12 meses para execução da obra
“Atender com humanidade e qualidade”	Contratar mais profissionais para compor a ESB.	Realização de reuniões para traçar metas e avaliar resultados das ações propostas pela ESB. Contratação de mais profissionais para compor a ESB.		Cirurgião Dentista	3 meses
“Água nossa de cada dia”	Ampliar a rede de abastecimento de água do município.	Criação de uma comissão para estudar formas de se viabilizar a ampliação da rede de abastecimento; Ampliação da rede de abastecimento.	Mobilizar lideranças da comunidade em torno da questão do problema de abastecimento; Solicitar junto à companhia de abastecimento a elaboração de um projeto de ampliação da rede de abastecimento.	Equipe de Saúde	3 meses para início das atividades de mobilização; 1 mês para fazer a solicitação à companhia de abastecimento; 4 meses para apresentação do projeto; 1 ano para execução das obras.

Fonte: Autoria própria, 2012.

## **6.6 - Projeto - “Sorrisos do Amanhã”**

### **6.6.1 - Descrição:**

- ✓ Orientar os alunos das 10 escolas municipais, através de palestras quanto aos cuidados com a saúde bucal;
- ✓ Criar nas escolas um programa de escovação supervisionada;
- ✓ Construir um escovódromo em cada uma das escolas municipais;
- ✓ Priorizar o atendimento clínico aos alunos das escolas municipais.
- ✓ Fazer com que professores e funcionários das escolas atuem como motivadores e multiplicadores de bons hábitos de higiene bucal.

### **6.6.2 - Produtos esperados:**

- ✓ Redução em 80% a prevalência de cárie em primeiros molares em 2 anos através da prevenção e procedimentos curativos realizados pela ESB;
- ✓ Melhoraria do nível de autocuidado dos escolares em relação à saúde bucal.

## **6.7 - Projeto “Comer Bem”**

### **6.7.1 - Descrição:**

- ✓ Orientar os alunos das 10 escolas municipais, através de palestras sobre a importância de uma dieta saudável para a saúde dos dentes;
- ✓ Orientar os pais dos alunos das escolas municipais, através de palestras sobre a importância de uma dieta saudável para a saúde dos dentes;
- ✓ Criar nas escolas um cardápio para a merenda escolar que privilegie alimentos saudáveis.

### **6.7.2 - Produtos esperados:**

- ✓ Programa para reduzir em 90% o consumo de guloseimas nas escolas;
- ✓ Melhoraria do nível de autocuidado dos escolares em relação à ingestão de alimentos.

## **6.8 - Projeto “Casa do Sorriso”**

### **6.8.1 - Descrição:**

- ✓ Propor a construção de uma clínica odontológica municipal com instalações amplas e adequadas para que o atendimento possa acontecer de forma efetiva e humanizada.

### **6.8.2 - Produtos esperados:**

- ✓ Construção de uma clínica odontológica com quatro consultórios, sala de espera, sala de reuniões, sala de esterilização e escovódromo;
- ✓ Compra de equipamentos e contratação de profissionais para a clínica.

## **6.9 - Projeto “Atender com Humanidade e Qualidade”**

### **6.9.1 - Descrição:**

- ✓ Criar um programa de Educação permanente para ESB;
- ✓ Encontrar estratégias para que a equipe saiba acolher as pessoas da comunidade para que um vínculo seja criado entre a ESB e os usuários.

### **6.9.2 - Produtos esperados:**

- ✓ Propor a contratação de profissionais habilitados para compor a equipe de saúde bucal;
- ✓ Reuniões periódicas com os membros da equipe para discussão das ações e avaliação dos resultados obtidos;
- ✓ Realização de seminários e palestras sobre problemas identificados pela equipe para que as melhores soluções sejam encontradas.

## **6.10 - Projeto “Água nossa de cada dia”**

### **6.10.1 - Descrição:**

- ✓ Estudar formas de se ampliar a rede de abastecimento de água do município;



- ✓ Encontrar formas alternativas que façam com que toda a população do município tenha acesso à água fluoretada.

**6.10.2 - Produtos esperados:**

- ✓ Criação de uma comissão para estudar formas de viabilizar a ampliação da rede de abastecimento de água do município;
- ✓ Ampliação da rede de abastecimento de água do município.

## 7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

De acordo com o levantamento do SB-Brasil 2010 (BRASIL, 2011), houve uma redução de 26,2% no CPO aos 12 anos em relação ao levantamento realizado em 2003. Existe uma diferença regional em relação ao acesso da população aos serviços odontológicos, com a população das regiões mais pobres do país, apresentando menor acesso aos serviços odontológicos. Os resultados também apontam que o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) aos 12 anos de idade.

As diretrizes da política nacional de saúde bucal (BRASIL, 2004) se baseiam no conceito de cuidado, para reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, procurando envolver a comunidade e os diversos setores produtivos da sociedade, na elaboração e construção de ações e propostas baseadas e fundamentadas na realidade vivida pela população para que haja uma resposta eficaz aos anseios de todos os usuários na promoção da boa qualidade de vida e humanização do atendimento.

Considera-se que os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações. Destacam-se como ações coletivas de prevenção e de promoção à saúde bucal, medidas que garantam acesso a alguma forma de flúor, redução no consumo de açúcar, estímulo ao autocuidado e melhoria das condições sócio econômicas da população para que seja garantido o acesso ao uso dos instrumentos de higiene. É recomendada também a ampliação do acesso a ações educativas e preventivas que envolvam as famílias, principalmente as crianças em idade escolar pelo fato do impacto dessas medidas nessa faixa etária ser maior e pela importância que representam na formação de hábitos. As principais atividades recomendadas são as seguintes: exame epidemiológico, educação em saúde bucal, escovação dental supervisionada, e entrega de escova e dentifrício fluoretado e, sempre que possível, fio dental (BRASIL, 2008).

Lima (2009) concluiu que o controle mecânico da placa bacteriana dentária através da profilaxia profissional mensal, parece ser o caminho mais curto para resolver o problema da cárie dentária por ser um método de prevenção possível de ser aplicado em qualquer criança, independentemente de suas condições psicomotoras e sociais. Este controle proporciona a melhor relação custo-benefício, além de estar de acordo com os conceitos mais atuais sobre a cárie e de seus fatores etiológicos.

Pinto (1993) concluiu em seu estudo que a realização de aplicações tópicas semestrais de flúor-fosfato acidulado, de maneira coletiva possibilitou uma redução real na incidência de cáries dentais em áreas com e sem flúor na água de consumo, podendo o método ser considerado seguro por não ocasionar reações tóxicas imediatas ou mediatas nas crianças. Já de acordo com Pereira (2003) a fluoretação das águas constitui-se um método eficaz e economicamente viável num país com a extensão territorial do Brasil por permitir estender os benefícios do flúor, a um grande número de pessoas independente da condição sócio econômica da população, reduzindo em 65% as chances das pessoas terem cárie. Ramires e Buzalaf (2007) conclui que a fluoretação da água é reconhecida como um importante fator para o declínio da prevalência da cárie dentária, devendo ser mantida e monitorada para que o teor de flúor seja mantido dentro dos padrões adequados para o controle da cárie. Programas de políticas públicas devem garantir a implantação da fluoretação das águas em municípios com sistemas de tratamento, possibilitando à população o acesso aos benefícios do flúor. Narvai (2000) acrescenta que a fluoretação das águas de abastecimento público, os dentifrícios fluorados e os programas preventivos instituídos na cidade de São Paulo foram identificados como fatores responsáveis pela redução na prevalência da cárie dentária. Já Cypriano *et al.* (2003) concluem em seu trabalho que as crianças residentes em locais com fluoretação tiveram menor experiência de cárie na dentição decídua e também uma maior porcentagem de crianças apresentaram-se livres de cárie nas idades estudadas, denotando melhores condições de saúde bucal nessas localidades.

Narvai, Castellanos e Frazão (2000) afirmam também que há dificuldade dos serviços de saúde em assegurar um atendimento adequado as crianças de 5 a 12 anos de idade devido a falta de garantia da universalização e equidade da ações de saúde bucal, fato este evidenciado pela alta participação do componente cariado

no valor total do CPOD encontrado no município, considerado baixo por Narvai, Castellanos e Frazão (2000). É necessário a ampliação da população coberta pelas ações coletivas de saúde bucal, que podem tornar efetivas a oferta de práticas educativas, preventivas e de promoção de saúde.

Nesse sentido ações de promoção e prevenção em saúde bucal desenvolvidas pela ESB para atender a população adscrita devem considerar todas essas variáveis para serem realmente eficazes e trazer melhorias para as condições de vida das pessoas. Segundo Palmier et al. (2008) o planejamento é o meio para nos aproximar da população adscrita, compreender sua realidade, seus principais problemas e necessidades, analisar esses problemas e elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. Já de acordo com Campos, Farias e Santos (2010), de um modo simplificado, planejar é “simplesmente” pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação.

A elaboração de um plano de ação para o enfrentamento dos problemas identificados no momento do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF, permite que ações realmente efetivas sejam elaboradas e executadas para que estes, sejam enfrentados de forma sistematizada e sem improvisos, aumentando muito as chances de sucesso. Cabe ainda, para que este sucesso seja alcançado um acompanhamento periódico da execução das ações e dos resultados obtidos para que correções sejam feitas quando necessário.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da Política Nacional de Saúde Bucal muito tem sido feito no sentido de melhorar a condição de saúde bucal da população brasileira nos últimos anos. Houve nos últimos anos uma redução na prevalência de cárie na maior parte do país, sendo essa redução maior nas áreas economicamente mais favorecidas.

Em Santa Efigênia de Minas mais investimentos devem ser feitos para melhorar e ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos. A ESB do município tem se esforçado para desenvolver ações que sejam realmente efetivas frente aos problemas enfrentados pela população, merecendo destaque a alta prevalência de cárie encontrada entre os escolares da rede municipal de ensino.

Para que se tenha ações de saúde bucal fundamentadas nos preceitos da universalidade, integralidade e equidade, capazes de tornarem o serviço odontológico ofertado a população de Santa Efigênia de Minas realmente eficaz e resolutivo, é necessário investimentos no sentido de melhorar a oferta de serviços na área de saúde bucal. É necessário também maior participação da população no controle da gestão dos recursos, buscando reorganizar a atenção em saúde bucal no município, ampliando o acesso das famílias as ações de promoção e prevenção de saúde bucal. A fluoretação da água de abastecimento constitui-se numa alternativa bucal economicamente viável e também muito eficaz por ser de longo alcance e capaz de atingir um grande número de pessoas a um baixo custo.

Com base na literatura revista e discutida, relacionada ao “Controle da alta prevalência de cárie em primeiros molares permanentes em escolares do município de Santa Efigênia de Minas”, concluiu-se que:

- ✓ Mudanças de hábitos alimentares com relação à dieta são necessários para manutenção de uma boa saúde bucal e controle da cárie dentária;
- ✓ Deve-se garantir à população mais carente, acesso aos recursos necessários (escova dental, creme dental com flúor, fio dental) para manutenção de uma boa higiene bucal;
- ✓ Investimentos em recursos humanos par compor a ESB e melhoria da estrutura física dos locais de atendimento são necessários para que se tenha um atendimento odontológico no município de qualidade e resolutivo.

- ✓ As ações preventivas e de promoção de saúde em saúde bucal devem ser realizadas tendo como base um planejamento que considere a realidade vivida pela comunidade adscrita para que sejam realmente efetivas.
- ✓ Deve-se instituir um programa de acompanhamento dos resultados das ações propostas e de educação permanente da ESB.
- ✓ Um planejamento bem feito é necessário para que ações propostas pela equipe de saúde atendam as necessidades da população.
- ✓ Deve sempre existir uma interação da ESF e ESB com os diversos setores produtivos da comunidade para que sejam somados esforços para enfrentamento dos problemas a serem resolvidos.
- ✓ Ocorreu nos últimos 7 anos uma redução do índice CPO aos 12 anos na população brasileira de 26,2%.
- ✓ Existe uma diferença regional com relação ao acesso da população aos serviços odontológicos, com a população das regiões mais pobres do país apresentando menor acesso aos serviços odontológicos.
- ✓ O Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6)
- ✓ É necessário que se faça um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESB para que os problemas da população adscrita possam ser identificados.
- ✓ A escovação supervisionada é um recurso efetivo no controle da cárie dentária e financeiramente viável.
- ✓ As famílias devem ser envolvidas e devem ter participação ativa no controle dos principais agravos a sua saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de atenção básica, n. 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, 2011. 92 p.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
- CYPRIANO, S. *et al* . A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Aug. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)>. Acesso em: 04 set. 2012.
- FEJERSKOV, O.; KIDD, E. Cariologia Clínica e a Dentística Operatória no Século XXI. *In*: FEJERSKOV O.; KIDD, E. **Cárie Dentária – A Doença e seu Tratamento Clínico**. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, p.4, 2007.
- LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-)>. Acesso em: 12 Oct. 2012.
- LIMA, J. E. O. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica: Resultados após 25 anos de acompanhamento. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 14, n. 3, June 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-)>. Acesso em: 04 set. 2012.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. **Saúde Bucal – Atenção Primária**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 290 p.
- NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)>. Acesso em: 04 set. 2012.
- NARVAI, P. C; CASTELLANOS, R. A.; FRAZAO, P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, abr. 2000 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)>. Acesso em: 04 set. 2012.
- NEWBRUN, E. **Cariologia**. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1988. 326p.
- NYVAD, B. O Papel da Higiene Bucal. *In*: FEJERSKOV O.; KIDD, E. **Cárie Dentária – A Doença e seu Tratamento Clínico**. 5ªed. São Paulo: Livraria Santos Editora, p.171, 2007.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72p.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003. 440p.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, ago. 2000 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)>. Acesso em: 03 set. 2012.

PINTO, I. L.. Prevenção da cárie dental com aplicações tópicas semestrais de flúor-fosfato acidulado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 4, Aug. 1993 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)>. Acesso em: 04 set. 2012.

RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)>. Acesso em: 04 set. 2012.

VIEGAS, Y.; VIEGAS, A. R. Prevalência de cárie dental em Barretos, SP, Brasil, após dezesseis anos de fluoretação da água de abastecimento público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, fev. 1988 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)>. Acesso em: 03 set. 2012.