

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

**VALÉRIA NAZARÉ ROCHA**

**IMPLEMENTAÇÃO DE ATENDIMENTOS PREVENTIVOS E CURATIVOS DE  
CONTROLE DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DO  
MUNICÍPIO DE IMBÉ DE MINAS - MG**

**IPATINGA - MINAS GERAIS**

**2014**

**VALÉRIA NAZARÉ ROCHA**

**IMPLEMENTAÇÃO DE ATENDIMENTOS PREVENTIVOS E CURATIVOS DE  
CONTROLE DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DO  
MUNICÍPIO DE IMBÉ DE MINAS - MG**

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

Orientadora: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

**IPATINGA - MINAS GERAIS**

**2014**

**VALÉRIA NAZARÉ ROCHA**

**IMPLEMENTAÇÃO DE ATENDIMENTOS PREVENTIVOS E CURATIVOS DE  
CONTROLE DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DO  
MUNICÍPIO DE IMBÉ DE MINAS - MG**

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira - Orientadora

Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido

Aprovada em Ipatinga, em 31/01/2015.

## Resumo

A cárie é uma doença de origem multifatorial e é a principal vilã do alto índice de perdas precoces dos dentes decíduos. Logo, este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para a equipe de saúde bucal sobre a questão dos atendimentos preventivos e curativos de controle da cárie em crianças do município de Imbé de Minas – MG. Foi realizada, previamente, uma revisão de literatura e foram incluídos artigos a partir de 2002 dos bancos de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e sites do Ministério da Saúde. A proposta de intervenção teve como objetivos implementar programas preventivos de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor e, reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Porém, todas essas medidas não serão suficientes se não houver autocuidado dos usuários e redução das desigualdades e iniquidades entre as regiões, que constituem outro desafio à formulação de políticas públicas no país.

**Palavras chaves: Cárie dentária. Saúde bucal. Odontologia preventiva.**

### **Abstract**

Tooth decay is a disease of multifactorial origin and is the main villain of the high rate of early loss of deciduous teeth. Therefore, this work presents a proposal for intervention for oral health team on the issue of preventive and curative care for caries control in children municipality Imbé of Minas – MG. Has been carried out previously a literature review and were included articles from 2002 databases of SCIELO (Scientific Electronic Library Online) and LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) and websites of the Ministry of Health. The intervention proposal aimed to implement preventive programs supervised brushing and topical application of fluoride and reorganize the work process of the dental health team. However, all these measures will not be sufficient if there is no self-care users and reducing inequalities and inequities between regions, which constitute another challenge to the formulation of public policies in the country.

**Keywords: Dental caries. Oral health. Preventive dentistry.**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>09</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>5.1</b>	<b>Cárie dentária: fatores etiológicos.....</b>	<b>13</b>
<b>5.1.1</b>	<b><i>Micro-organismos cariogênicos.....</i></b>	<b>13</b>
<b>5.1.2</b>	<b><i>Dieta cariogênia.....</i></b>	<b>13</b>
<b>5.1.3</b>	<b><i>Fatores de risco.....</i></b>	<b>14</b>
<b>5.1.4</b>	<b><i>Danos da cárie na infância.....</i></b>	<b>15</b>
<b>5.1.5</b>	<b><i>Tendências da cárie.....</i></b>	<b>15</b>
<b>5.2</b>	<b>Gênese dos procedimentos coletivos.....</b>	<b>16</b>
<b>5.2.1</b>	<b><i>Descrição dos procedimentos coletivos.....</i></b>	<b>17</b>
<b>5.3</b>	<b>Mudanças no processo de trabalho para controle da cárie.....</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Imbé de Minas está localizado na região leste de Minas Gerais e dista aproximadamente, 313 km da capital mineira. O município é vizinho das cidades de São Sebastião do Anta, Inhapim, Ubaporanga, Piedade de Caratinga e Caratinga (BRASIL, 2014).

Em 1889, Manoel Joaquim Teodoro e seus companheiros entraram e abriram as densas matas e deram ao local o nome de Córrego das Umbaúbas. Em 1906, o patrimônio das Umbaúbas passou a ser chamado Santana e, somente em 1995 foi emancipado a município de Imbé de Minas (VAL, 1972).

A população estimada para 2014 foi de 6.782 habitantes ocupando uma área de 196,735 km<sup>2</sup>, com densidade populacional de 32, 65 hab./km<sup>2</sup> (BRASIL, 2014).

Diante das constatações do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010 sobre aos índices de pobreza e pobreza extrema, o município foi inserido no programa “Brasil Sem Miséria”, com o objetivo de garantir o desenvolvimento e superar a extrema pobreza. Neste mesmo ano, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,553, considerado médio (BRASIL, 2010). As atividades socioeconômicas de destaque são: cultura do café, leite, hortifrutigranjeiros e agricultura de subsistência.

Atualmente, Imbé de Minas é habilitado a realizar serviços de atenção básica e secundária. A Secretaria Municipal de Saúde dispõe, atualmente, de três Equipes de Saúde da Família (duas na área urbana e uma na área rural); três Equipes de Saúde Bucal (duas modalidade 1 e uma modalidade 2); uma equipe de Vigilância em Saúde e uma unidade de serviços especializados. O município é considerado gestão plena da Atenção Básica e sua relação com outros municípios se dá a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI) onde são referenciados os procedimentos de maior complexidade.

Nas últimas três décadas ocorreram mudanças importantes na saúde pública brasileira. Com a ampliação do conceito de saúde na Constituição de 1988, torna-se primordial reduzir do risco da doença através da integração das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo aos atendimentos curativos e/ou assistenciais (BRASIL, 1988).

Deste modo, a Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 reafirma que o processo de trabalho em saúde bucal também requer integralidade em todos os

níveis de atenção (BRASIL, 2004). Destaque para a odontologia desenvolvida no âmbito do Programa Saúde da Família, considerado uma importante estratégia para reorganizar os serviços preventivos e curativos mediante ao princípio da integralidade das ações em saúde (TERRERI; SOLER, 2008).

Em 2014, foi realizado um diagnóstico situacional em saúde bucal no município visando aproximar os profissionais da realidade local e favorecer a elaboração de um plano de ação resolutivo e eficaz. Levando em consideração a importância, urgência, relevância e capacidade de enfrentamento do problema, decidiu-se priorizar a questão do elevado risco à cárie em crianças.

Logo, sugere-se uma linha de cuidado à saúde bucal da criança que implique ações resolutivas da equipe de saúde bucal destinadas a acolher, ensinar, atender e referenciar, onde o acesso não seja negado, mas que incentive a criação de vínculos, laços de confiança e responsabilização (BRASIL, 2004).

Portanto, o objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para implementação de atendimentos preventivos e curativos de controle da cárie em crianças do município de Imbé de Minas – MG. Espera-se implementar programas preventivos de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor e, reorganizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal do Povoado dos Manducas.



## 2 JUSTIFICATIVA

A cárie é uma doença de origem multifatorial e é a principal vilã do alto índice de perdas precoces dos dentes decíduos (SILVA; CARDOSO, 2000 *apud* CAVALCANTI *et al.*, 2008, p.139). Deste modo, merece uma abordagem diferenciada, devido à importância da manutenção da saúde bucal das crianças, a fim de garantir o controle e intervenções para o desenvolvimento e maturação do sistema estomatognático equilibrado (ALMEIDA *et al.*, 2007 *apud* CAVALCANTI *et al.*, 2008, p.139).

Embora o índice de cárie no Brasil esteja decrescendo em relação às faixas etárias, há diferenças entre as regiões, capitais e municípios (BRASIL, 2011), Dados do levantamento epidemiológico realizado em 2014 com aproximadamente 130 crianças da escola municipal do Povoado dos Manducas identificou mais de 70% das crianças apresentam médio ou alto risco à cárie.

Por outro lado, a cárie pode ser controlada por medidas preventivas, educacionais e de melhores condições sociais. Logo, justifica-se a realização deste estudo ao propor ações que possam ser implementadas para o controle da cárie através de programas preventivos e de reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para implementação de atendimentos preventivos e curativos de controle da cárie dentária em crianças do município de Imbé de Minas - MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Implementar programas preventivos de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor;
- Reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal adotando a classificação de risco nos atendimentos clínicos.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção e será desenvolvido na Equipe de Saúde Bucal da Equipe de Saúde da Família do Povoado dos Manducas e por ser uma realidade municipal pretende-se estendê-lo as demais equipes de saúde bucal.

Será realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e edições do Ministério da Saúde. A busca será guiada utilizando-se os seguintes descritores: cárie dentária, saúde bucal e odontologia preventiva. O período de busca será de publicações entre 2002, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. O trabalho será constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema.

Foi realizado um diagnóstico situacional no mês de março de 2014 e os dados obtidos serão utilizados na construção do plano de ação do projeto de intervenção, tendo como referência o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) por meio dos dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família dos autores Campos, Faria e Santos (2010), sendo eles:

- 1) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- 2) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- 3) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- 4) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- 5) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas importantes a serem enfrentadas);
- 6) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);

- 7) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- 8) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- 9) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- 10) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Cárie dentária: fatores etiológicos

A cárie é um processo dinâmico que ocorre nos depósitos bacterianos da superfície dos dentes, resultando de um desequilíbrio entre a superfície dentária e o fluido da placa que com o passar do tempo leva à perda mineral (THYSLSTRUP; FEJERSKOV, 1995 *apud* PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004, p. 122)

Em outras palavras, para que ocorra a cárie é necessário a presença do biofilme dental e é crucial a interação entre micro-organismo cariogênico, substrato, hospedeiro susceptível e a saliva, ambos em condições de desequilíbrio. No início, observa-se clinicamente uma simples lesão de mancha branca, resultado do processo de desmineralização do tecido dentário (LOSSO *et al.*, 2009).

#### 5.1.1 Micro-organismos cariogênicos

Os principais micro-organismos causadores da cárie são: *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sobrinus*. Esses patógenos colonizam a superfície dentária e produzem ácidos em velocidade superior à capacidade de tamponamento da saliva, permitindo a dissolução do esmalte do dente (MCDONALD; AVERY; STOOKE, 2001 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 200). A transmissibilidade do *Streptococcus mutans* é vertical e ocorre das mães ou de cuidadores com altos níveis aos filhos (LOSSO *et al.*, 2009).

#### 5.1.2 Dieta cariogênia

Estudos revelam que a cárie está fortemente associada à frequência de ingestão de carboidratos, principalmente a sacarose, somada à ausência e/ou inadequada higienização oral. A doença se desenvolve mais facilmente durante o sono devido a redução do efeito protetor da saliva, causada pelo menor fluxo salivar (RESINE; DOUGLASS, 1998 *apud* LOSSO *et al.*, 2009, p. 296).

A saliva é o principal sistema de defesa contra a cárie por manter um sistema de tamponamento contra os ácidos produzidos pelas bactérias e por funcionar como um reservatório de minerais (cálcio e fosfato) necessários à remineralização do

esmalte (GUEDE-PINTO, 1997 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 201). Assim, quando há redução do fluxo salivar, conseqüentemente, haverá redução do seu efeito protetor.

### **5.1.3 Fatores de risco**

A cárie é uma doença de origem multifatorial, deste modo é preciso a interação de diversos fatores para contribuir para sua severidade. Os fatores de risco podem ser biológico, comportamental e/ou socioeconômico (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Os fatores de risco relacionados ao hospedeiro são: esmalte pós-eruptivo imaturo; defeitos no esmalte (principalmente a hipoplasia) morfologia características genéticas do dente e apinhamento dentário (HARRIS *et al.*, 2004 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 201), GUEDE-PINTO, 1997 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 201).

Características comportamentais sempre estiveram relacionadas à experiência de cárie e deve-se considerar o estilo de vida dos pais, concomitantemente, com os indicadores socioeconômicos, tais como: condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004; QUIÑONEZ, 2001 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 201).

### **5.1.4 Danos da cárie na infância**

A experiência de cárie pode levar a criança a apresentar quadros clínicos de infecção, dor, dificuldade de mastigação, trauma psicológico e perda precoce de dentes (LEAL; BEZERRA; TOLEDO, 2003 *apud* LOSSO, 2009, p. 297).

É recomendável adotar medidas preventivas às curativas, sabendo que o tratamento urgencial invasivo é desgastante para a criança, seus familiares e para a equipe de profissionais, além de ser oneroso. É importante ressaltar que a perda precoce dos dentes decíduos poderá causar danos ao desenvolvimento e crescimento dos arcos maxilares e danos oclusais, mastigatória e fonoaudiólogo (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Com efeito, a perda precoce de dentes decíduos anteriores superiores poderá ocasionar deglutição e fonação atípicas, provocar atraso ou aceleração na erupção dos dentes permanentes, dificultar a alimentação e favorecer a instalação de problemas ortodônticos, além dos danos psicológicos (BIRKHERD; IMFELD; EDWARDSSON, 1997 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 298).

Já a perda precoce de dentes decíduos posteriores dificulta a função mastigatória, além de possibilitar perda de espaço para os dentes permanentes sucessores (KOTLOW, 1977 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 298).

### 5.1.5 Tendências da cárie

A maioria dos países desenvolvidos apresentou declínio da cárie nas três últimas décadas do século XX, porém no interior destes países houve diferenças entre os locais e entre diferentes faixas etárias (WHO, 2003; NITHILA *et al.*, 1998 *apud* NARVAI, *et al.*, 2006, p. 385).

Fato semelhante ocorreu no Brasil. A prevalência da cárie aos 12 anos de idade vem diminuindo desde a década de 1970, apesar de já ter sido um dos maiores CPO-D do mundo (média de dentes cariados/C, perdidos/P e obturados/O) (BRASIL, 2011; PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

O SB Brasil 2010 revelou que nos últimos anos o índice de cárie decresceu em relação às faixas etárias (BRASIL, 2011).

A proporção de indivíduos livres de cárie ( $ceo/CPO = 0$ ) diminui em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo dos índices utilizados. Aos 5 anos de idade 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie na dentição decídua e aos 12 anos 43,5% apresentam esta condição na dentição permanente. Nas idades de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos os percentuais foram 23,9%, 0,9% e 0,2%, respectivamente (BRASIL, 2011. p. 18).

Havendo diferenças entre as regiões, capitais e municípios brasileiros (BRASIL, 2011).

Grandes diversidades regionais entre as capitais e os municípios do interior também são percebidas em todas as idades. Percentuais de CPO-

D/ceo-d = 0 são sempre inferiores nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste quando comparados com os das regiões Sul e Sudeste. A situação é variada quando se compara os municípios do interior com as capitais em cada região. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, por exemplo, os percentuais de crianças e adolescentes livres de cárie são mais elevados nas capitais do que no interior, enquanto em adultos e idosos algumas capitais apresentam percentuais mais baixos do que os municípios do interior (BRASIL, 2011. p. 18).

Um exemplo pragmático desta realidade foi o resultado do levantamento epidemiológico realizado em 2014 com aproximadamente 130 crianças da escola municipal do Povoado dos Manducas onde identificou mais de 70% das crianças apresentam médio ou alto risco à cárie.

Observa-se que cada vez mais a cárie vai se afastando de uma distribuição homogênea, sendo perceptíveis níveis crescentes de desigualdades (NARVAI *et al.*, 2006).

## 5.2 A gênese dos procedimentos coletivos

O levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde, estimou que aos 12 anos o índice CPOD médio foi de 6,6 dentes afetados e que de cada quatro brasileiros adultos na faixa etária entre 50 e 60 anos, três necessitam de prótese dental total. Este quadro revelou uma prática odontológica eminentemente curativa, paliativa e mutiladora, de baixa resolutividade e cobertura populacional, de escassos programas preventivos de amplo alcance social, sugerindo a reversão do modelo assistencial cirúrgico restaurador vigente (CARVALHO *et al.*, 2009).

Conseqüentemente, tais dados contribuíram para a formulação de um documento que assegurasse recursos financeiros do tesouro nacional ao desenvolvimento de atividades educativas e de proteção à saúde bucal, garantindo entre outras: 1) o acesso da população aos fluoretos através de bochechos, escovação orientada com creme dental com flúor e o uso de gel ou verniz com flúor; 2) atividades de caráter educativo onde se busque a desmonopolização dos conteúdos de prevenção das doenças e promoção da saúde bucal. O documento também propunha que, na produção de ações odontológicas de caráter individual, o



atendimento clínico contemplasse “procedimentos de natureza preventiva, educativa e reabilitadora, com um modelo assistencial dentro de uma proposta integral” (CARVALHO *et al*, 2009).

### 5.2.1 Descrição dos procedimentos coletivos

De acordo com Carvalho e autores (2009) a Portaria nº 184, de 9/10/1991, criou três tipos de procedimentos coletivos de saúde bucal, definidos e compostos como segue:

- A) Procedimentos Coletivos I (PC-I) – Conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados. Componentes:
- Exame Epidemiológico – Levantamento epidemiológico realizado anualmente com objetivo de medir modificações no quadro epidemiológico das doenças bucais no grupo atendido;
  - Educação em Saúde – Atividades educativas realizadas trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno etc.);
  - Bochechos Fluorados – Realizados semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2%, ao longo do ano (mínimo de 25 aplicações);
  - Higiene Bucal Supervisionada – Compreende evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada, realizadas, no mínimo, a cada três meses, ao longo do ano, fornecendo a cada participante uma escova de dentes e um tubo de pasta fluoretada de 100 ou 90 g a cada três meses.
- B) Procedimentos Coletivos II (PC-II) – Consiste no conjunto de procedimentos constantes no PC-I acrescidos de:
- Exame Clínico para Diagnóstico;
  - Terapêutica Intensiva com Flúor.

C) Procedimentos Coletivos III (PC-III) – Componentes: Consiste no conjunto de procedimentos constantes nos códigos anteriores (PC-I e PC-II) acrescidos de:

- Remoção de Cálculo e Polimento Dentário;
- Escariação e Selamento de Cavidade, com Cimento Provisório;
- Aplicação de Selantes;
- Remoção de Raízes Residuais;
- Aplicação de Cariostático”.

Os procedimentos coletivos foram definidos, na Ordem de Serviço nº 198 (BRASIL, 1992), como um conjunto de procedimentos a serem desenvolvidos com grupos populacionais definidos (crianças da creche, alunos da pré-escola, clientes cadastrados na Unidade Básica de Saúde ou outros grupos) visando o controle epidemiológico do grupo, realizado exclusivamente pelos serviços públicos (CARVALHO *et al*, 2009).

Diferentemente da Portaria nº184, de 9/10/1991 (BRASIL, 1991), que criou três tipos de procedimentos coletivos de saúde bucal, a Portaria 3.950, de 25/11/98 (BRASIL, 1998), unificou os procedimentos coletivos em um único procedimento sendo o conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais definidos, composto por: 1) exame epidemiológico; 2) educação em saúde; 3) bochechos fluorados; 4) higiene bucal supervisionada (CARVALHO *et al*, 2009).

### **5.3 Mudanças no processo de trabalho para controle da cárie**

O controle da cárie depende de melhorias dos determinantes sociais, políticos e econômicos além de mudanças nos programas de saúde coletiva voltados à prevenção e a educação (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

A experiência da Equipe de Saúde Bucal do Povoado dos Manducas de 2014 remete ao ocorrido no país nos anos 90, onde muitos municípios desenvolveram o chamado “programa de procedimentos coletivos”, visto que ambos, município e povoado, não possuíam abastecimento público de água fluoretada (FRAZÃO, 2012).

Há várias discussões sobre o efeito do flúor e a cárie. Na realidade, o flúor não impede o surgimento da cárie como é largamente defendido. Sua ação é extremamente eficiente em reduzir a progressão da cárie ao lado do controle do biofilme dental e da dieta cariogênica. Com efeito, é fundamental preconizar a escovação dentária diária com creme fluoretado sempre após as refeições e, principalmente, antes do sono (CURY, 2001 *apud* RIBEIRO; RIBEIRO, 2004, p. 201).

Do mesmo modo, programas de escovação supervisionada são considerados importantes para o declínio da cárie em escolares brasileiros. Estes são capazes de modificar as condições da placa nos molares permanentes e assim facilitar a ação dos fluoretos (MARINHO, 2003 *apud* FRAZÃO, 2012, p. 287).

Evidentemente, propostas preventivas têm contribuído para a diminuição das necessidades de tratamento odontológico no grupo de risco, de tal forma a disponibilizar parte dos recursos odontológicos aos grupos tradicionalmente excluídos dos programas de saúde bucal, “isto é, oferecer mais ações a quem mais necessita delas, com base em critério de risco” (FRAZÃO, 2012).

Sem dúvida, a educação em saúde é uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público, uma vez que a informação é dificilmente apreendida de modo a produzir conhecimento e autocuidado (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Contudo, este esforço não seria válido se não considerar o autocuidado como a ação cotidiana preventiva mais eficaz do usuário (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2002). A higiene bucal, fluoração e alimentação não cariogênica constituem medidas eficazes para fazer frente aos problemas bucais. Porém, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Por tudo isso, a prevenção de casos precoces e severos de cárie na infância seria trabalhar desde o período gestacional. A partir de procedimentos curativo ou preventivo e, principalmente, de motivação para o autocuidado das gestantes proporcionaria a redução dos níveis de *Streptococcus mutans* e conseqüentemente, diminuição do risco de transmissão precoce aos filhos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2008-9 LOSSO *et al.*, 2009, p. 298).

Observa-se que as propostas coletivas ainda representam um desafio no campo da odontologia, devido a formação acadêmica ser dirigida ao atendimento

individual, e pela falta de investimentos na produção de conhecimentos em saúde pública (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

A prestação dos serviços de saúde bucal por meio de livre demanda também constitui outro desafio, pois estabelece uma cultura de procura por serviços meramente curativos e contribui para a polarização da cárie em grupos da população submetidos à privação social (TERRERI; SOLER, 2008).

Deste modo, torna-se necessária uma mudança real no modelo de organização dos serviços de atenção em saúde bucal (TERRERI; SOLER, 2008).

Uma alternativa para organizar a oferta dos serviços preventivos e curativos é adotar a programação dos atendimentos a partir de critérios de classificação de risco à carie, tanto individual, quanto familiar (TERRERI; SOLER, 2008).

Assim, ao realizar a programação dos atendimentos clínicos, sugere-se priorizar as famílias de maior risco à cárie e o atendimento curativo das lesões agudas às crônicas. Deve-se priorizar sempre os dentes permanentes aos decíduos, o tratamento restaurador, seguido das necessidades de tratamento pulpar mais restaurador e necessidades de extração. (TERRERI; SOLER, 2008).

Entretanto, o tratamento restaurador, por si só, não garante o controle e nem redução na prevalência da cárie. “A doença só pode ser estacionada com medidas que interfiram na progressão da doença tais como; a remoção regular da placa bacteriana, controle da dieta e terapia tópica de fluoreto”, ou seja, através de medidas preventivas (CARVALHO; MALTZ, 2003 *apud* TERRERI; SOLER, 2008, p. 1585).

Enfim, muitas vezes priorizam-se tratamentos preventivos medicalizadores e curativos em detrimento à educação, mesmo sabendo que tratamento sintomático e curativo das doenças não é suficiente para controlar a cárie e garantir a saúde bucal do usuário (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

## 6 PLANO DE AÇÃO

A Equipe de Saúde Bucal do Povoado dos Manducas apresenta alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Juntamente com a coordenação municipal de saúde foram discutidos os problemas levantados e definido priorizar a implementação de atendimento preventivo e curativo de controle da cárie dentária em crianças das escolas municipais. Esta escolha se justifica pela importância, urgência e capacidade de enfrentamento do problema e, principalmente, instituir mudanças de hábito e estilo de vida.

A equipe de saúde selecionou as situações relacionadas com o problema priorizado sobre o qual teria a possibilidade de ação mais direta. Assim foram levantadas as principais causas do problema tais como: inadequada higienização oral, inadequados hábitos nutricionais, baixo ou nenhum nível de informação, processo de trabalho destinado à demanda espontânea das condições agudas, as iniquidades sociais e ausência de mobilização social.

No projeto de intervenção foram desenvolvidas duas operações atuando sobre dois nós críticos específicos. A operação “Sorridente” com o objetivo de controlar a cárie em crianças das escolas municipais e a operação “Mais Saúde Bucal” atuando sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal do Povoado dos Manducas.

Os profissionais envolvidos na operacionalização das ações são: Cirurgião Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal, tendo os recursos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Logo que definido o problema, foi necessário explicá-lo e propor estratégias para seu enfrentamento. Assim, o desenho das operações obteve o seguinte formato:

### 1) Operação/projeto: Sorridente.

**Nó crítico:** Inadequada higienização oral. **Resultado esperado:** Controlar a cárie dentária nas crianças das escolas municipais **Produto:** Programa de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, além de grupos de discussão sobre doenças orais. **Recurso necessário: Econômicos ou**

**financeiros:** Construção do escovódromo, distribuição de *kits* de escovação, confecção panfletos e painéis; **Organizacionais:** Estrutura física: escola e escovódromo; Recursos humanos: Cirurgião Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal; Equipamentos: Kits de escovação, creme dental, flúor em gel; **Cognitivos:** Ensinar a técnica de escovação dentária, valorizar a coordenação motora da criança, mudar hábitos e estilo de vida e construir métodos mais dialógicos e construtivistas, que substituam a atitude normativa e modeladora de comportamento pela atitude emancipatória. **De poder:** Incentivar a mobilização social, estimular a articulação intersetorial das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação e com o Conselho Regional de Odontologia – MG.

## 2) Operação/projeto: Mais Saúde Bucal.

**Nó crítico:** Processo de trabalho da ESB destinado à demanda espontânea das condições agudas das doenças bucais. **Resultado esperado:** Organizar os atendimentos programados adotando critérios de classificação de risco, diminuir a procura por atendimentos meramente curativos dos grupos de risco e aumentar a oferta aos grupos tradicionalmente excluídos dos programas de saúde bucal. **Produto:** Protocolos clínicos de classificação de risco e fluxogramas destinados aos grupos de risco. **Recurso necessário:** **Econômicos ou financeiros:** Para estruturação dos serviços. **Organizacionais:** Estrutura física: consultório odontológico; Recursos humanos: Cirurgião Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal; Equipamentos: organizar os atendimentos programados, utilizar todos os materiais, e instrumentais odontológicos disponíveis. **Cognitivos:** Elaborar projetos e protocolos dentro de uma linha de cuidado. **De poder:** Incentivar a mobilização social, pactuar o programa com todos os profissionais de saúde bucal da Equipe de Saúde Bucal do Povoado dos Manducas; articular execução com a Secretária Municipal de Saúde.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) é comum valorizar o recurso econômico aos recursos de poder, organizacionais e cognitivos que são fundamentais para o sucesso do plano de ação.

O próximo passo foi identificar os recursos críticos que devem ser consumidos, mais ou menos, em cada operação dependendo da dimensão da transformação e determinar a motivação do ator, que pode ser classificada como favorável, indiferente e/ou contrária. Também foi preciso designar os responsáveis por cada operação, acompanhar a execução de todas as ações e definir os prazos para a execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Deste modo, a viabilidade do plano de ação obteve o seguinte formato:

**1) Operação/Projeto:** Sorridente.

**Recurso crítico:** Econômicos ou financeiros: Para a construção do escovódromo e distribuição de kits de escovação. **Controle dos recursos críticos:** **Autor que controla:** Secretária Municipal de Saúde e Conselho Regional de Odontologia – MG. **Motivação:** Favoráveis. **Ação estratégia:** Apresentar projetos **Responsáveis:** Cirurgiã Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal. **Prazo:** Apresentação do projeto para construção do escovódromo em um mês.

**2) Operação/Projeto:** Mais Saúde Bucal.

**Recurso crítico:** De poder (também denominados recursos políticos): Mobilização social, adesão dos profissionais; articulação com a Secretária Municipal de Saúde. **Controle dos recursos críticos:** **Autor que controla:** Profissionais de saúde bucal e Secretária Municipal de Saúde. **Motivação:** Indiferente. **Ação estratégia:** Apresentar projeto. **Responsável:** Cirurgiã Dentista. **Prazo:** Apresentação do projeto em um mês.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cárie precoce infantil representa um problema de saúde pública por apresentar elevado nível de acometimento e por ser uma das principais doenças infantis.

Observa-se que cada vez mais a cárie vai se afastando de uma distribuição homogênea, sendo perceptíveis níveis crescentes de desigualdades. Deste modo, é crucial trabalhar afim de, modificar os fatores de risco envolvidos, priorizar atendimentos aos grupos de risco e incentivar mudança de hábitos e estilos de vida.

Sugere-se que o controle da cárie ocorra por mudanças preventivas, educacionais e de melhores condições sociais. Porém, todas essas medidas não serão suficientes se não houver autocuidado dos usuários e redução das desigualdades e iniquidades entre as regiões e municípios, que constituem outro desafio à formulação de políticas públicas no país.

É esperado com a efetivação deste projeto de intervenção adotar medidas para o controle à cárie entre as crianças e melhorar o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal do Povoado dos Manducas. E por ser uma realidade municipal estendê-lo às demais equipes de saúde bucal.



## REFERENCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado. Brasília,1988;
- BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004;
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 19 maio 2014;
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 21 out. 2014;
- BRASIL. **Ordem de serviço nº 198**. Regulamenta a aplicação dos novos procedimentos constantes da tabela do SIA/SUS referente aos procedimentos odontológicos. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Brasília,1992;
- BRASIL. **Portaria nº 184**. Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando a promoção e prevenção em saúde bucal. Diário Oficial da União.Ministério da Saúde. Brasília,1991;
- BRASIL. **Portaria nº 3.950**. Estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do Sistema. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Brasília,1998;
- BRASIL. Projeto **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Principais Resultados**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011;
- CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010;
- CARVALHO, L.A.C. et al. Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.3, p.490-499, 2009;
- CAVALCANTI, A. L. *et al.* Prevalência de perda precoce de molares decíduos: estudo retrospectivo. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá. v. 30, n. 2. p. 139-143, 2008;
- CHAVES, S. C. L; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 129-139, jan - fev, 2002;
- FRAZÃO, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, p. 281-290, fev. 2012;
- LOSSO, E. M. *et al.* Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p. 295-300, 2009;

NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam de Salud Publica**. v. 19, n. 6, p. 385–393, 2006;

PAULETO, A. R. C; PEREIRA, M. L. T; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004;

RIBEIRO, N. M; RIBEIRO, M. A. Aleitamento materno e cárie do lactante e do pré-escolar: uma revisão crítica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 (supl): p. 199-210, 2004;

TERRERI, A. L. M; SOLER, Z. A. S. G. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1581-1587, jul. 2008;

VAL, L. D. **Cronologia da Região do Caratinga**. Editora Gráfica Alvorada. Caratinga, 1972. p. 65.