

KELLY MARIA SILVA MOREIRA

**OCORRÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES DE 5 E 6 ANOS DE
IDADE DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE VÁRZEA DA PALMA-MG**

CORINTO /MINAS GERAIS

2010

KELLY MARIA SILVA MOREIRA	OCORRÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES DE 5 E 6 ANOS DE IDADE DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE VÁRZEA DA PALMA-MG	UFMG 2010
------------------------------	--	----------------------

KELLY MARIA SILVA MOREIRA

**OCORRÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES DE 5 E 6 ANOS DE
IDADE DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE VÁRZEA DA PALMA-MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

CORINTO/MINAS GERAIS

2010

KELLY MARIA SILVA MOREIRA

**OCORRÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES DE 5 E 6 ANOS DE
IDADE DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE VÁRZEA DA PALMA-MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Ana Cristina Borges de Oliveira (orientadora)

Viviane Elisângela Gomes

Aprovada em Belo Horizonte, 20/11/2010.

DEDICATÓRIA

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para com a conclusão de mais uma conquista em minha vida. Àqueles que de forma direta subsidiaram meus estudos e aos que entenderam minha ausência nos momentos de dedicação.

EPIGRAMA

“...Vitorioso não é aquele que vence os outros, mas sim, aquele que vence a si mesmo,
dominando seus vícios e superando seus defeitos...”

“...Esperamos ter saudades e deixar saudades, sabendo que longe é um lugar que não existe
e que estaremos sempre unidos com a força e o poder de vencer!...”

Autor desconhecido

RESUMO

Considerando-se a importância de instituir um planejamento mais adequado e o desenvolvimento eficaz do plano de ação, com sistema de monitoramento e avaliação das atividades, este estudo objetivou analisar, a partir de dados pré-existentes, a saúde bucal dos escolares de 5 e 6 anos de idade do município de Várzea da Palma-MG. Observou-se que 47,5% dos escolares examinados não apresentaram lesão cariosa. Ao considerar-se somente o primeiro molar permanente (70,0% erupcionados), a presença de cárie dentária foi menor (27,6%) do que quando se incluíram todos os dentes (52,5%). Os resultados sugerem que as ações de promoção da saúde desenvolvidas junto a estas crianças geraram mudanças ao longo do tempo. Considerando a grande polarização da cárie dentária, a redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis ainda permanecem como um desafio para todos os que programam as políticas de saúde no Brasil.

ABSTRACT

Considering the importance of establishing a more appropriate planning and effective development action plan, with a system of monitoring and evaluation activities, this study aimed to analyze the oral health of school children 5-6 years old in the city Várzea da Palma-MG, Brazil, from pre-existing data. It was observed that 47.5% of the students in this age group do not exhibit carious lesions. When considering only the first permanent molar (70.0% erupted), the presence of caries was lower (27.6%) than when it included both dentitions (52.5%). From the results we concluded that actions to promote health are driving changes over time. Whereas the great polarization of dental caries, reducing socioeconomic disparities and public health measures targeted at vulnerable groups remain a challenge for all who formulate health policy in Brazil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
REVISÃO DE LITERATURA	12
As políticas de saúde no Brasil	12
A implantação do SUS	13
A Estratégia Saúde da Família (ESF)	16
Reorganização do modelo assistencial	16
A inclusão da saúde bucal na ESF	16
As políticas de saúde em Várzea da Palma	19
A saúde bucal do município	20
A cárie dentária	22
A importância da escovação supervisionada e do levantamento de necessidades	26
OBJETIVOS	27
METODOLOGIA	28
RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXO 1	38

INTRODUÇÃO

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema enfrenta ainda grandes limitações e dificuldades. Nesse sentido, novas formas de organização e modelos alternativos surgem. Os processos de descentralização e municipalização das ações são fortes exemplos de mudanças (Faria et al., 2008).

O processo de descentralização ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país com suas especificidades regionais. Tornou-se mais complexo, colocando o município frente a desafios que buscam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (Rivera e Artmann, 1999). Inserida neste processo histórico, e com a edição da Norma Operacional Básica do SUS, Nº. 01 de 1996 (NOB-96), a Atenção Básica foi gradualmente fortalecendo e constituindo-se como porta de entrada no SUS.

A Estratégia de Saúde da Família surgiu, portanto, como uma proposta de reorganização efetiva deste modelo assistencial, uma vez que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e co-responsabilidade entre profissionais e população (Lima e Schimith, 1994; São Paulo, 2002). O trabalho é desenvolvido de forma inter e multidisciplinar, sendo que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) assume responsabilidade integral sobre sua população. A família passa a ser objeto de atenção, entendida a partir do seu ambiente de vivência (Ministério da Saúde, 1997). Assim, são realizadas atividades direcionadas a diferentes realidades, a partir do diagnóstico situacional (Faria et al., 2008).

No Brasil o modelo teve início em 1994, assim como em Minas Gerais, que apresenta hoje grande vantagem em relação aos outros estados. Tem a maior ESF, com 3.862 equipes, garantindo a cobertura de 67% para a população mineira (Minas Gerais, 2009).

Por sua vez, a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família constitui-se um avanço na odontologia do país. O Ministério da Saúde, em 2004, publicou as Diretrizes da Política da Saúde Bucal, que tratam da reorganização da atenção em todos os níveis, estabelecendo uma concepção de saúde centrada no cuidado, em ações programáticas e intersetoriais. Por caracterizar-se como um novo modelo, a

implementação dessas ações ainda é um grande desafio tanto para gestores como para os trabalhadores da saúde (Brasil, 2004).

O modelo de formação universitária em saúde vigente no país, historicamente, tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos; o que não é adequado à filosofia de trabalho da ESF. Além disso, a maioria dos cursos de graduação em odontologia não conta com uma grade curricular que aplica um treinamento de trabalho a partir de uma equipe multiprofissional, o que dificulta o estabelecimento de rotinas práticas nos serviços (Carvalho et al., 2004).

Por muitos anos o trabalho em saúde pública foi considerado, para a maioria dos trabalhadores em saúde, de pouca relevância. Não era tido como prioridade na formação acadêmica e/ou na busca de aperfeiçoamento pelos profissionais dos serviços. Só recentemente as novas diretrizes curriculares do MEC apontaram para uma integração serviço-ensino-pesquisa, favorecendo um perfil de egresso mais adequado à realidade social do país e contribuindo para uma ação-intervenção transformadora dos modelos vigentes (Cavalho et al., 2004).

Uma vez que esta estratégia vem mostrando resultados promissores, uma forma de inserir melhor o profissional neste contexto é proporcionar a ele uma formação que subsidie um trabalho futuro neste contexto. Uma experiência excelente é fornecida pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Estágio Supervisionado: internato rural, no qual os acadêmicos têm a chance de vivenciar esta reorganização do modelo assistencial (Faria *et al*, 2008).

Uma grande dificuldade encontrada pelas ESF é a instabilidade dos seus membros, sendo freqüente a realização de processos seletivos que ocorrem nesta área. Buscando maior permanência no serviço, mais qualificação e resolutividade das ações desenvolvidas, a Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família tornou-se uma importante ferramenta da educação continuada. Afinal, capacita os profissionais de forma bem didática e prática, a partir da vivência do dia-a-dia.

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, uma das competências específicas dos cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia de Saúde da família é a realização da atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com

planejamento local (Brasil, 2006a). Com o desenvolvimento de políticas longitudinais, esta atenção deve atingir todas as faixas etárias, com diferentes estratégias voltadas para cada grupo. Uma vez que a odontologia visava uma prática excludente mais voltada para os escolares, hoje se busca a ampliação e conseqüente integralidade (Cordon, 1991; Garrafa, 1993).

Dentre as atividades desenvolvidas nos escolares, está a escovação supervisionada com maior destaque para faixa etária que culmina com o irrompimento do primeiro molar permanente. Embora este seja um dente de suma importância, possui um alto índice de perda devido, principalmente, ao desenvolvimento de lesão cariosa (Silva & Jorge, 2000). A lesão cariosa acontece onde existe placa estagnada, sendo a infra-oclusão motivadora dessa estagnação, pela ausência do contato com o dente antagônico e pela dificuldade de higienização. Um estudo realizado por Ekstrand et al. (2003) encontrou uma variação tremenda no tempo e duração da erupção dos molares permanentes, o que reforçou a relevância do uso de medidas preventivas individualizadas nesta fase.

Conforme Leroy et al. (2005) os fatores que mais interferem no aparecimento de cavidades em primeiros molares permanentes são a prevalência de cárie na dentição decídua e os hábitos de higiene bucal. Assim, a incorporação de bons hábitos preventivos, precocemente, é essencial. Feldens et al. (2005) afirmaram que a condição de saúde dos molares decíduos é um fator de identificação de crianças alvo de programas preventivos na faixa etária de 6 a 9 anos.

Visando contribuir com os serviços de saúde bucal, por meio da produção de informações mais detalhadas da realidade, instituindo medidas direcionadas e com maiores perspectivas de resolutividade, os levantamentos epidemiológicos são ferramentas importantes. Por isso, a avaliação e monitoramento das atividades odontológicas foram instituídos pelas portarias GM/MS nº 3925 de 1998 e GM/MS nº 476 de 1999, que regulamentam o processo de acompanhamento da atenção básica (Brasil, 1998; 1999).

O planejamento em saúde cria a possibilidade de se compreender melhor a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Também deve ser realizado o monitoramento e avaliação dos serviços, por meio, por exemplo, do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), como também com o Pacto e atividades auto-avaliativas (Brasil, 2006b).

Sendo assim, este estudo subsidiará ações que visam maior qualidade dos serviços, dando início aos vários planejamentos que serão feitos para as diferentes faixas etárias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) fornece diretrizes que serão utilizadas para o diagnóstico, a fim de facilitarem e contribuírem para a realização do plano de ação.

REVISÃO DE LITERATURA

As políticas de saúde no Brasil

Nos primórdios, a atenção à saúde, no Brasil, limitava-se aos próprios recursos da terra, por meio dos curandeiros e farmacêuticos, que desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. Até 1850, o interesse era limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império brasileiro, tendência que se alongou por quase um século. A falta de um modelo sanitário para o país, por sua vez, deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias. Desse modo, surgiu então um modelo conhecido como sanitarismo campanhista, no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. Esse modelo prevaleceu até o início dos anos 60 (Oliveira & Teixeira, 1985).

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do INPS em 1967 (Escóres & Teixeira, 2008).

Em 1930, sob o comando de Getúlio Vargas, foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista. Consequentemente aconteceu à substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nesses institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não por empresa. Em 1933 foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados (Possas, 1981; Oliveira & Teixeira, 1989).

O processo de unificação previsto em 1960 se efetivou em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Reunia os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Em 1978 surgiu uma estrutura própria administrativa do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O setor médico privado se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos, a partir de 64. No momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais

poderia manter e nutrir-se daquele modelo, passando a formular novas alternativas para sua estruturação.

O modelo de atenção médica foi direcionado para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando, através da poupança desses setores sociais, organizar uma nova base estrutural. Desse modo, foi concebido um subsistema de Atenção Médico-Supletiva composta de 5 modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração (Luz, 1979).

A implantação do SUS

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que: *“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização , com direção única em cada esfera de governo;*
- II. Atendimento integral;*
- III. Participação da comunidade*

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

O texto constitucional demonstra, claramente, que a concepção do SUS foi baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Essa visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo

operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Algumas destas concepções serão expostas a seguir.

Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

O SUS foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Destes derivaram alguns princípios organizativos: hierarquização, participação popular e descentralização.

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidas:

- *identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;*
- *formular as políticas de saúde;*
- *fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;*
- *executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica ;*
- *executar ações visando a saúde do trabalhador;*
- *participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;*
- *participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;*
- *realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;*
- *participar das ações direcionadas ao meio ambiente;*
- *formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;*
- *controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;*
- *fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;*

- *participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*
- *incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;*
- *formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.*

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não foi uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Afinal, para que isso ocorra, é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social. Em outro artigo, a Lei 8.080 estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Esse artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs, que regulamentam a aplicação desta lei (Brasil, 1990a).

As NOBs tratam da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS. Foram editadas, sob a competência do Ministério da Saúde, as seguintes NOBs: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 (Brasil, 1993; 1996).

O SUS, ao longo da sua existência, sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que, ao nível da atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público. Enfrenta, no entanto, problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Esses setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

A Estratégia Saúde da Família (ESF)

Reorganização do modelo assistencial

Considerando-se que as conquistas sociais ainda buscam novos avanços, o PSF elegeu, como ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população. Assim, a família tornou-se o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

O PSF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. A atenção desse programa não é exclusiva ao grupo mulher/criança, visto que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância sanitária à saúde. O PSF apresenta uma característica de atuação inter e multidisciplinar, bem como de responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. O mesmo deve ser entendido como um modelo substituto da rede básica tradicional (Fortuna et al., 2005).

O objetivo geral é promover atenção básica em conformidade com os princípios do SUS e com as responsabilidades definidas entre os serviços de saúde e a população. Já dentro dos específicos enquadram: a prestação, na unidade de saúde e no domicílio, de assistência integral e contínua, a intervenção sobre os fatores de risco, a humanização das práticas de saúde (profissionais de saúde + população), a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social de saúde e o efetivo exercício do controle social (Brasil, 2006b).

As diretrizes serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais. A unidade de Saúde da Família tem caráter substitutivo, de complementaridade e hierarquização, destinando-se a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional, habilitada a desenvolver atividades do nível primário e assegurar a referência e contra-referência (Faria *et al*, 2008).

A inclusão da saúde bucal na ESF

A saúde bucal foi incorporada a ESF em dezembro de 2000, quando foi sancionada a Portaria nº 1.444, do Ministério da Saúde (Brasil, 2000). Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal. O Artigo 2º dessa portaria destaca que:

“O trabalho das equipes de saúde bucal, no PSF, estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial”.

Concomitante a isso, o Ministério da Educação deliberou as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais ficou evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde. Objetivou a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2004b).

O desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social aflorou-se com a incorporação das ESB no PSF. Uma luta anterior à própria formulação da estratégia de saúde da família, que traz nada além, de uma maneira, uma forma de organizar a atenção básica à saúde, consolidando nas ações da prática em saúde bucal, no nível da atenção básica, a validação dos princípios constitucionais do SUS. Isto aconteceu porque a própria forma de se pensar a saúde bucal, em saúde pública, passou pela mudança de enfoque da Odontologia Preventiva e Social para a Saúde Bucal Coletiva. Constituiu-se num novo paradigma para os profissionais da saúde bucal, sendo imprescindível que no bojo de sua discussão se almeje a consolidação da cidadania brasileira (Brasil, 2006b).

A organização do trabalho das ESB propõe que a implantação se dê em três momentos. É provável que seja possível pautar todas as ações através do planejamento estratégico. Por isso, para cada momento sugerido, optamos por dividir as atividades em atividades de planejamento e atividades clínicas (Brasil, 2006b).

Atividades de Planejamento:

- Momento 1: Apropriação do Território com conhecimento das condições sócio-econômicas das famílias, identificação de informantes-chave, atores sociais e determinantes de risco, realização de levantamento epidemiológico, trabalhos coletivos em saúde geral e bucal e escovação orientada e utilização do flúor quando necessário.

- Momento 2: Espacialização das desigualdades e diferenças entre as microáreas com análise dos indicadores de saúde. Identificar as diferenças entre as comunidades no

mesmo território (informar à comunidade e tentar identificar as causas) e localizar os demais equipamentos sociais e outros recursos disponíveis para a qualidade de vida.

- Momento 3: Identificação dos Inscritos nos Grupos Prioritários para Atenção por meio da área de risco ou através das patologias bucais, juntamente com a comunidade. Construir mapa de identificação das famílias através da ordem estabelecida para a priorização da demanda.

- Momento 4: Cuidado Longitudinal às Famílias com organização da agenda das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos demais componentes da ESB. Identificar e discutir com ESF e ACS as situações/casos-problema, que exigirão maior cuidado (acompanhamento mais próximo).

Atividades Clínicas:

-Momento 1: Ações de prevenção e promoção da saúde com atenção voltada a todos os moradores da área adstrita, através da demanda organizada por busca ativa da ESB, com programação de agenda. São realizadas atividades como: orientação em saúde bucal, dieta, higiene, traumatismos dentários, detecção precoce de doenças, aplicação de flúor, cariostático e selantes. Atendimento odontológico à demanda, sendo realizadas restaurações, atividades de periodontia, cirurgia e urgência e emergência endodôntica.

-Momento 2: Estabilização das patologias bucais: trabalho de manutenção, no qual se realiza o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA), aplicação do flúor, do cariostático e do selante, controle da placa bacteriana, escariação e selamento de cavidades com cimento provisório e RAP.

-Momento 3: Atenção clínica restauradora às famílias, primeiramente aos grupos prioritários (ESF, ESBF ou agendamento pela comunidade). Realizam-se consulta e atendimento, restaurações, atividades de periodontia, cirurgia e urgência e emergência endodôntica. Toda população da área de abrangência possui acesso às práticas de prevenção e promoção da saúde bucal e atenção às necessidades clínicas eventuais.

Da maneira proposta, a ESB poderá avançar de forma planejada na cobertura de toda a população da área adstrita, buscando a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade. Percebe-se que a melhor qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes é o passo principal para a melhora da saúde, visto que o maior desafio está na mudança da atitude profissional em saúde bucal coletiva.

As políticas de saúde em Várzea da Palma

Por muito tempo, o Sistema Municipal de Saúde de Várzea da Palma ficou centrado no Pronto Atendimento e em alguns Postos de Saúde, que ficavam constantemente lotados e nem sempre ofereciam acessibilidade adequada a toda população.

Ao iniciar seu processo de descentralização, o município optou pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Contava com um enfermeiro e vários agentes comunitários de saúde.

Alguns anos depois, veio o PSF a fim de reorganizar a assistência à saúde. Foi feito um reconhecimento da cidade levando em consideração o risco social, características culturais e socioeconômicas. Os ACS, que trabalhavam no PACS, recadastraram a população por meio do preenchimento da ficha A. Depois de preenchidas, foi feita a contagem da população e posteriormente a divisão por bairros e por número de pessoas para cada equipe.

A rede de assistência era bastante precária, pois o município foi o último a aderir ao PSF no Norte de Minas. Havia somente 05 ESF, que cobriam cerca de 50% da população. O serviço de imunização era centralizado em uma unidade básica de saúde da zona urbana, fazendo com que mães residentes nos bairros periféricos e na zona rural deslocassem grandes distâncias para imunizar suas crianças.

Não havia demanda programada para o agendamento das consultas com os profissionais das equipes de PSF. Isso fazia com que os usuários formassem filas durante a madrugada nos postos de saúde. As consultas especializadas eram marcadas através de uma central telefônica o que não permitia a garantia de acesso direcionada pela classificação de risco.

Havia grande demanda nos serviços da atenção secundária e pouca resolutividade no serviço local neste nível da atenção, sendo a demanda direcionada para outros centros, mas sem cumprimento efetivo da Programação Pactuada Integrada (PPI-Assistencial). Havia ausência do controle social na gestão da saúde e inexistência da regulação em todos os níveis de assistência.

Em 14 de fevereiro de 2005, iniciou-se o modelo de reterritorialização, que permitiu mapear todas as áreas e classificá-las na lógica do Plano Diretor da cidade, considerando características sócio-culturais e nosológicas. Os pilares estruturantes do projeto “Acolher Palma” instalado foram: controle social, equipe, estrutura física, apoio diagnóstico e assistência farmacêutica.

Atualmente, este modelo conta com 13 ESF e 11 ESB (100% de cobertura) e tem uma ótima aceitação e resolubilidade. A oferta de serviços tem como prioridade as ações da atenção básica e tem como porta de entrada do atendimento as ESF, que atendem de forma acolhedora e humanizada.

A saúde bucal do município

O atendimento em saúde bucal era centralizado em uma clínica odontológica na área urbana do município, o que culmina com baixa cobertura e dificuldade de acesso neste tipo de atendimento. Aglomerava todos os cirurgiões-dentistas, com a prestação de serviços mais voltada para o atendimento clínico curativo e reabilitador.

Neste momento, as 11 ESB desenvolvem o trabalho de forma inter e multidisciplinar, direcionado às diferentes realidades locais, a partir do diagnóstico situacional. O serviço de odontologia também conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), em fase de reestruturação.

A organização da demanda é feita por meio do acolhimento, de forma que garanta o atendimento à demanda espontânea, o desenvolvimento de ações programadas em saúde e a atenção especializada. O acompanhamento é longitudinal e a priorização é feita através do levantamento prévio de necessidades.

Além dos atendimentos clínicos, as ESB realizam escovação supervisionada, levantamento de necessidades, grupos operativos, visitas domiciliares, palestras (dinâmicas), grupos de estudo e demais atividades multidisciplinares, pertencentes à agenda da saúde.

Em 2009, como nos demais anos anteriores, os alunos de todas as escolas municipais receberam orientações de prevenção em saúde bucal através das ações do Programa de Procedimentos Coletivos, sendo a faixa etária coberta de 3 a 14 anos. São realizadas atividades de Educação em Saúde com distribuição dos quites do Brasil Sorridente, escovação supervisionada, levantamento de necessidades e o encaminhamento para atendimento clínico, caso seja necessário. O levantamento de necessidades é realizado no início de cada ano e no meio do semestre, para verificar o andamento do tratamento. A escovação supervisionada é feita toda semana pelos ACS, sob coordenação do cirurgião-dentista e demais membros da equipe e mostra-se muito eficiente ao compararmos os levantamentos.

O CEO realiza, no presente momento, as especialidades de periodontia, cirurgia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, endodontia e radiologia. O paciente é tratado na ESB e, caso necessário, é referenciado para atenção especializada. Ao concluir o tratamento, o mesmo será contra-referenciado. Os níveis de maior complexidade são encaminhados para Montes Claros e/ou Belo Horizonte.

O Ministério da Saúde, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu em 2006 para a área de saúde bucal dois indicadores principais (Cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada). No momento, somente o primeiro indicador é utilizado como instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica, sendo pactuado 15%, conseguiu-se superar a meta com 16,9%, em 2009. Para tanto, o registro deste procedimento é monitorado mensalmente de forma sistematizada e os dados lançados são comparados aos reais do município, a fim de que as correções retroativas possíveis sejam feitas e erros em lançamentos futuros evitados.

Todo mês de outubro é realizado um evento para capacitação dos profissionais e exposição dos trabalhos realizados para comunidade. Este ano optou-se por realizá-lo nos dias primeiro e dois de dezembro e foi de grande valia, como nos outros anos. A jornada realizada teve com tema: “Educação permanente: em busca da transformação” e envolveu muito também a questão da multidisciplinaridade e intersectorialidade.

Uma vez que a saúde bucal já atua no cuidado da comunidade, com cobertura de 100%, uma forma de contribuir ainda mais é por meio da finalização e implantação do protocolo para orientar o desenvolvimento das ações, tendo como base as linhas guias, diretrizes e princípios do SUS. O planejamento em saúde cria a possibilidade de se compreender melhor a realidade e os principais problemas e necessidades da população.

Os municípios da microrregional de Pirapora têm o privilégio de estar participando de um plano piloto de reorganização da Saúde Bucal, que com certeza contribuirá significativamente para com a melhoria da saúde bucal na região e em todo estado de Minas Gerais.

A fim de ampliar as ações multidisciplinares e a qualidade da assistência odontológica, pretende-se investir na infra-estrutura de algumas UBS para incorporação do Técnico em Saúde Bucal (TSB), ampliando assim o número de procedimentos realizados.

Como forma de maior controle e monitoramento, pretende-se pactuar as atividades de escovação supervisionada, apesar de, mesmo na ausência de pactuação, esta ser avaliada

freqüentemente. Remete-se também na possibilidade de incluir a saúde bucal nos eventos de vacinação, como já feito em alguns, para ampliação da prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde nos diferentes ciclos de vida. Um plano de ação direcionado aos pacientes do CAPS também está em andamento.

Destaca-se ainda, a importância da reorganização da atenção especializada, a fim de ampliar a atenção integral. Visa-se a elaboração de um projeto microrregional, com a finalidade de conseguirmos ofertar as demais especialidades requeridas e aumentar a abrangência da demanda assistida.

Enfim, com a realização dos grupos de estudo dos cirurgiões-dentistas quinzenalmente, novos projetos são desenvolvidos e as ações realizadas são avaliadas em prol de melhorias. Uma atividade importantíssima está sendo planejada, que é o levantamento epidemiológico e cálculo do CPOD, uma vez que nortearão ainda mais as ações e atividades a serem desenvolvidas.

A cárie dentária

A lesão cariosa é considerada como manifestação clínica de uma infecção bacteriana. 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 (Brasil, 2006b).

Considera-se, hoje, que os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção da saúde, incluindo principalmente a 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.

Principais Fatores de Risco:

- Fatores culturais e sócio-econômicos.
- Falta de acesso ao flúor.
- Deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana).
- Consumo excessivo e freqüente de açúcar.
- Xerostomia.

Abordagem Coletiva

Ações de Vigilância sobre Risco e de Necessidades em Saúde Bucal: a cárie, por ser uma doença multifatorial, é afetada pelas condições socioeconômicas. Assim, as ações de saúde para controle da cárie devem ser direcionadas à população sob risco social, oportunizando acesso aos tratamentos e ao uso do flúor (água fluoretada, dentifrício fluoretado). Deve ser incentivado o monitoramento de indicadores como a média ceo/CPOD e percentual dos grupos livres de cárie nas idades de 5 e 12 anos como vigilância mínima para cárie dentária, devendo avançar nesse monitoramento para a faixa etária de 18 anos e acompanhamento das perdas dentárias de acordo com as possibilidades, com período mínimo de quatro anos, para acompanhamento da série histórica. Para as populações adscritas, a vigilância sobre os sinais de atividade da doença (manchas brancas e cavidades) em ambientes coletivos (escolas, espaços de trabalho, creches) permite otimizar o planejamento da intervenção para cada realidade encontrada.

Ações de Promoção à Saúde: Para controle e prevenção da cárie na população destacam-se medidas de saúde pública intersetoriais e educativas, que possibilitem acesso a 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 sócio-econômicas, da qualidade de vida, do acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde. Neste sentido, cabe à equipe de saúde comprometer-se no planejamento, organização e suporte técnico à gestão municipal para efetiva prioridade das ações de promoção da saúde.

Garantir monitoramento dos teores de flúor agregados à água.

Ações Educativas e Preventivas: São realizadas com grupos de pessoas e, por isso, usam os espaços sociais (creches, escolas, locais de trabalho, comunidade) e espaços da unidade de saúde. As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvos dessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos. Outros grupos podem ser definidos localmente, de acordo com risco, dados epidemiológicos ou critérios locais.

Recomenda-se a ampliação do acesso a essas ações envolvendo as famílias. As ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, de forma a potencializar o trabalho do dentista em relação às atividades clínicas. A abordagem coletiva deve incluir os seguintes procedimentos:

- Exame epidemiológico.

- Educação em saúde bucal.
- Escovação dental supervisionada.
- Entrega de escova e dentifrício fluoretado e, sempre que possível, de fio dental.
- Aplicação tópica de flúor (ATF): A ATF com abrangência é recomendada nas populações nas quais seja constatada uma ou mais das seguintes situações: exposição à água de abastecimento sem flúor ou com teores abaixo de 0,54 ppmF, CPOD médio maior que 3 aos 12 anos de idade e menos de 30% dos indivíduos livres de cárie aos 12 anos de idade, populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados e/ou onde os métodos de alta frequência são difíceis. Recomenda-se aplicação semestral ou quadrimestral. (Brasil, 2009)

Universalização do Acesso à Escova e ao Dentifrício Fluoretado: Garantir o seu acesso de forma universalizada por parte dos usuários da área de abrangência deve ser considerado uma política importante entre as ações de saúde bucal, já sendo concebida aos escolares. A universalização do acesso ao fio dental deve ser sempre incentivada.

Abordagem Individual

Diagnóstico: para a identificação da lesão de cárie é visual, feito por meio de exame clínico, podendo ser complementado com radiografias. No exame é importante avaliar:

- Sinais da atividade da doença: lesões ativas (manchas brancas rugosas e opacas no esmalte ou cavidades com tecido dentinário amolecido e de cor marrom clara) ou inativas (manchas brancas brilhantes ou cavidades com tecido dentinário escurecido, liso, brilhante e duro).

- Avaliação dos fatores de risco presentes.

O tratamento da doença cárie ativa tem como objetivo restabelecer o equilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização das estruturas dentárias, paralisar ou reduzir a progressão das lesões, e promover a restauração/reabilitação quando necessário. O tratamento deve ser individualizado e compreende:

- Instrução de higiene bucal, incluindo: orientações sobre a escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização.

- Remoção profissional de placa, por meio de raspagem e/ou utilização de instrumentos rotatórios ou vibratórios apropriados.

- Adequação do meio bucal: compreendendo: remoção de placa, remoção da dentina cariada e selamento das cavidades com material provisório (ionômero de vidro ou

cimento modificado) e remoção de outros fatores retentivos de placa como restos radiculares e cálculos.

• Controle da atividade de doença: envolve a avaliação das causas do desequilíbrio identificado e intervenção sobre os fatores determinantes e inclui:

- Ações educativas para controle de placa.
- Uso tópico de flúor de acordo com a indicação e risco até o controle da doença.
- Aconselhamento dietético.
- Estímulo ao fluxo salivar.

Restauração/Reabilitação: a decisão sobre a restauração do dente deve ser conservadora. As lesões restritas ao esmalte dentário devem ser monitoradas, não sendo indicada também a abertura de sulcos escurecidos, pois, são característicos de lesões de cárie crônica. As lesões não cavitadas e com alteração de cor que indicam a possibilidade de cárie na dentina devem ter seu diagnóstico complementado com radiografia. No tratamento das lesões cavitadas em dentina, procurar conservar a maior quantidade de tecidos dentários, evitando assim, a exposição pulpar, principalmente por meio da manutenção da dentina desorganizada em cavidades profundas. Nos casos de exposição pulpar, os tratamentos conservadores quando indicados (pulpotomias e capeamentos) devem sempre ser incentivados em relação às extrações dentárias. O retorno para manutenção deve ser instituído como rotina, ter frequência definida pela avaliação da atividade de doença e fatores de risco individuais e ser agendado de acordo com cada situação. Nas consultas de manutenção, as ações educativo-preventivas devem estimular a autonomia no cuidado à saúde.

Uso de selantes: O uso de selantes de fósulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas. O seu emprego deve ser restrito à indicação individual de acordo com o risco e não utilizado como medida de rotina na prevenção da lesão de cárie. Uma regra indica seu uso na presença simultânea das seguintes condições:

- O dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos.
- O dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença.
- Há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.

TRA: É considerada uma estratégia de tratamento apropriado de lesões cariosas iniciais, integrada a programas educativo-preventivos, em populações com acesso restrito a serviços tradicionais. Utiliza técnicas menos invasivas (preparo cavitário feito sem

anestesia, remoção do tecido cariado amolecido e desorganizado com instrumentos manuais e selamento da cavidade com cimentos ionoméricos). Por não necessitar de equipamentos, é utilizada em atendimento extra-clínico, incluindo usuários acamados, institucionalizados, escolares, dentre outros. Pode ainda ser indicada de forma universalizada em dentes decíduos vitais, com monitoramento. Apesar de o tratamento ser individualizado, o uso do TRA em populações com alta prevalência de cárie, pode ser entendido como uma abordagem coletiva para redução da infecção bucal até posterior vinculação ao agendamento programado na unidade de saúde.

A importância da escovação supervisionada e do levantamento de necessidades

A motivação e a escovação supervisionada são meios para inserir ou mudar hábitos de higiene bucal em pré-escolares e escolares, pois os mesmos estão em fase de aprendizado, descobrindo-se e descobrindo suas sensações (Prety, 1997).

A OMS, no documento “*Promoción de la Salud mediante las Escuelas*” reconhece a relação que existe entre educação e saúde. A partir disso, julga que se pode empregar este conhecimento para ajudar a estabelecer escolas que melhorem a educação e aumentem o potencial de aprendizagem ao mesmo tempo em que melhoram a saúde, pois a boa saúde apóia um aprendizado proveitoso e vice-versa. Afirma-se que a escola tem grande influência sobre a saúde dos jovens, e com o desenvolvimento do conceito de Escolas Promotoras da Saúde, ou Escolas Saudáveis, que tem como meta genérica atingir estilos de vida saudáveis para a população total da escola por meio do desenvolvimento de ambientes que apóiem e conduzam à promoção da saúde.

A motivação do paciente é necessária para que ele se conscientize de sua participação no processo de promoção de saúde. Este trabalho de motivação e educação deve pautar-se pelo entusiasmo, pois o que se faz com crença, entusiasmo e prazer têm o poder de contagiar as pessoas. Entretanto, este processo deve ser contínuo, pois em uma única sessão de ensino, não se conseguiu alterar um velho hábito do paciente.

A avaliação de programas e serviços está presente em várias áreas e em todas se faz necessária (Sabroza, 2001). Na saúde pública é de extrema importância, pois viabiliza escolhas de planejamento e possibilita o controle dos serviços prestados à comunidade, uma vez que os recursos estão cada vez mais escassos, e não acompanham o grande aumento e diversidade da demanda. O levantamento de necessidades vem ser uma forte ferramenta.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Fazer uma análise da saúde bucal dos escolares de 5 e 6 anos do município de Várzea da Palma-MG.

Objetivos Específicos

Estabelecer um planejamento mais adequado e o desenvolvimento eficaz do plano de ação, com sistema de monitoramento e avaliação das atividades;

Identificar o cumprimento de uma das metas da OMS referentes à saúde bucal para o ano de 2010 (5-6 anos: 90% livres de cárie), a partir de dados pré-existentes.

METODOLOGIA

Várzea da Palma localiza-se na região norte do estado de Minas Gérias, cerca de 296 km de Belo Horizonte, no encontro do Rio das Velhas com o Rio São Francisco. Possui uma população de aproximadamente 37.000 habitantes. Sua economia tem como destaque a indústria, sendo o terceiro maior pólo industrial do norte de Minas (Várzea da Palma, 2010).

Como já relatado, a saúde neste município é organizada por meio da Estratégia de Saúde da Família, com cobertura de 100% da sua população. São 13 ESF, com 11 ESB, que desenvolvem um trabalho multidisciplinar e contínuo. Conta com um CEO. Um pronto atendimento também se faz presente, assim como dois centros de Atenção Psicossocial.

As medidas preventivas básicas para Saúde Bucal que, por sua simplicidade e comprovada eficácia, têm sido disseminadas pela OMS e outros diversos organismos internacionais além das entidades representativas dos profissionais de odontologia e governos de todo o mundo são:

- auto-cuidado de higiene bucal (escovação adequada);
- aplicação tópica de flúor feita por profissionais treinados como cirurgiões-dentistas,
- técnicos em higiene dental (THD) e auxiliares de saúde bucal (ASB);
- fluoretação de cremes dentais (dentifrícios);
- fluoretação da água de consumo público, caixas d'água de escolas, creches e outros estabelecimentos;
- fluoretação do leite, do sal de cozinha entre outras experiências;
- dieta alimentar balanceada, reduzindo os alimentos compostos por açúcares entre as refeições (conhecido, no meio odontológico, como "convívio inteligente com o açúcar").

Com esses cuidados, o nível dessas doenças tem reduzido drasticamente nos países industrializados. Já entre os países pobres e em desenvolvimento ainda são muitas as comunidades que carecem de assistência básica odontológica persistindo índices de cárie dental e doença periodontal ainda bastante elevados.

Dentre as atividades realizadas pelas ESF estão as de promoção de saúde e prevenção de doenças. Inserida neste aspecto as ESB desenvolvem o projeto de escovação supervisionada dos alunos das escolas públicas, e por ser a idade entre 5 e 6 anos uma fase de grande risco para desenvolvimento de lesão cáriosa e pelo irrompimento do primeiro

molar permanente, em que a promoção de saúde deve ser prioritária, optou-se por enfocá-la neste estudo (Nordi, 1994).

Os cirurgiões-dentistas realizam anualmente um levantamento clínico de todos os escolares cadastrados neste projeto. As informações são, então, arquivadas no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde. Especificamente no ano passado realizou-se um levantamento com ênfase na idade escolhida para esta pesquisa, baseado nas metas da OMS 2010. Assim sendo, utilizar-se-á a base de dados de 2009, para este estudo.

Previamente ao exame diagnóstico, realizado apenas com um espelho clínico e sob luz ambiente, todos escolares são supervisionados na escovação dentária pelos ACS, que já fazem isso semanalmente na sede de cada escola, referenciada de acordo com a área adstrita.

A ficha utilizada constou do nome da escola, bairro, nome, idade do escolar e algumas descrições em relação à saúde bucal: presença e quantidade de dentes cariados e situação dos primeiros molares permanentes (presença/ausência; cariados/hígidos) (Anexo 1).

O viés da pesquisa relaciona-se com o grande número de cirurgiões-dentistas para os exames, no entanto, refletem a realidade e contribuem para o planejamento, uma vez que mesmo ao alterar os profissionais, conseguem-se anualmente dar continuidade às ações, sem discrepâncias relevantes de resultados de exames.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

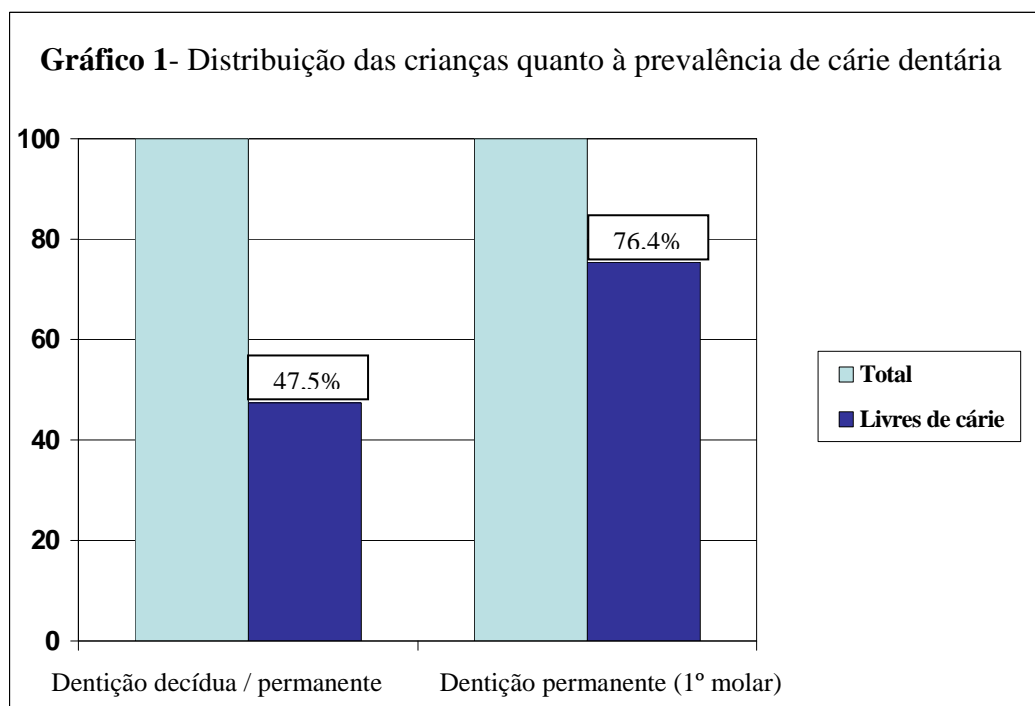
Com base nos dados encontrados, percebe-se que a cárie dentária continua sendo um grande problema. Mostrando-se mais presente nos grupos menos favorecidos, merecendo mais uma vez destaque nas atividades desenvolvidas pela Saúde Pública, na faixa etária pesquisada (Tabela 1).

Tabela 1- Saúde Bucal dos escolares de 5 a 6 anos das escolas públicas de Várzea da Palma/MG.

Bairro	Crianças livres de cárie	Presença do 1º molar permanente	1º molar permanente com cárie
Jardim América	32,7%	90,0%	80,0%
Rural	60,0%	30,0%	0
Paulo VI	32,8%	86,9%	20,7%
Pedras Grandes	33,1%	57,9%	58,9%
Serrinha	29,4%	88,2%	13,3%
Centro/Progresso	42,0%	42,0%	0
Princesa	70,0%	83,0%	11,1%
Pinlar	80,0%	85,0%	9,5%

Foram examinadas 380 crianças em 12 escolas. Do total, 47,50% dos escolares não apresentam lesão cariosa em dentes permanentes ou decíduos (Gráfico 1). O preconizado pela OMS é de 90% de crianças de 5 a 6 anos de idade livres de cárie, sendo assim, precisamos instituir medidas ainda mais eficazes na redução desta doença.

Cerca de 70,0% das crianças já possuem pelo menos um 1º molar permanente na cavidade bucal. Dessas, 76,4% não foram identificadas com cárie dentária. Ao verificar-se que a presença de cárie dentária nos 1ºs molares permanentes foi menor (27,6%) do que quando se incluíram ambas as dentições (52,5%), acredita-se que a escovação supervisionada esteja contribuindo para a aquisição de hábitos saudáveis ao longo do tempo e conseqüente redução da ocorrência de lesões cariadas.



Uma vez que a cárie continua polarizada e mais concentrada nas classes menos favorecidas, maior atenção deve ser disponibilizada a este grupo (Narvai, 2006). Visto que a escovação supervisionada já é realizada com eficácia, deve continuar fazendo parte do planejamento das atividades destinada à melhoria da saúde bucal desses escolares.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (Unglert, 1995).

Nos últimos anos, têm-se observado alterações nas características sócio-econômicas da população brasileira, tais como a piora na distribuição de renda, com conseqüente diminuição do poder aquisitivo da classe média. Paralelamente, em relação à assistência à saúde, houve um estrangulamento dos serviços públicos, pelo aumento da demanda, piora das condições de atendimento e um crescimento das empresas de medicina de grupo (Watanabe et al., 1997).

Avançando nesse raciocínio, instiga-se a necessidade de conhecer como o adulto de hoje está construindo sua saúde; como ele vem "cuidando" de si mesmo, dos seus e do meio ambiente que o rodeia. Nosso enfoque do cuidar extrapola as questões individuais e assume uma importância ainda maior, compreendendo o ser humano e sua influência na saúde individual e socioecológica.

O autocuidado deixa de ser reduzido aos aspectos de prevenção de enfermidades e assume parceria com todos os conhecimentos e ciências disponíveis na natureza. Já em relação à saúde, compreendemos que ela é construída e vivida pelas pessoas no cotidiano de cada uma delas. É, também, construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo, com os outros e com o meio ambiente, pela habilidade de decidir e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade dê condições que possibilitem a obtenção da saúde por todos os seus membros (Nascimento & Mendes, 2002).

É importante que as pessoas sejam informadas sobre as causas e consequências das doenças para que possam delas se prevenir, uma vez que a prevenção primária, sem dúvida, possui um grande potencial no controle e na redução das doenças bucais. É preciso que os pais tenham consciência de que a melhor maneira de educar seus filhos é pela imitação e de que educar é dar exemplo de hábitos saudáveis. Nenhum especialista pode fazer pela criança o que os pais podem fazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF chegou com o intuito de reorganizar a atenção e reafirmar os compromissos dos profissionais junto aos usuários e demais parceiros. A dinâmica do trabalho em equipe, agrupando valores, possibilita uma assistência com justiça social e humanização. O enfoque na família estimula a criação de vínculos e a valorização do autocuidado.

A educação em saúde deve ser focada em todas as especialidades e tomada como uma das formas mais importantes de se fazer saúde. A saúde bucal tem melhorado, sendo a hipótese explicativa mais plausível a elevação no acesso à água e ao creme dental fluorados e às mudanças nos programas de saúde bucal coletiva. Apesar da melhora, a distribuição da cárie ainda é desigual. Os dentes atingidos por cárie passaram a se concentrar numa proporção menor de indivíduos.

A escovação supervisionada e a motivação são meios para inserir ou mudar hábitos de higiene bucal em pré-escolares, pois os mesmos estão em fase de aprendizado, descobrindo-se e descobrindo suas sensações. Melhoram o ato da escovação e sua frequência e aumentam a preocupação com a higiene bucal.

Entre os diversos métodos de motivação em relação à higiene bucal está a orientação direta, filmes, diapositivos e folhetos educativos, o método de orientação direta, associada à projeção de filmes é o mais aceito, salientando que a orientação direta associada a recursos áudio visuais auxilia na mudança de comportamento dos indivíduos.

Considerando que a ocorrência de cárie dentária em Várzea da Palma está, em alguns grupos, dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde e salientando que o município acompanha a evolução do SUS, pode se considerar que os métodos de prevenção e promoção de saúde bucal estão sendo realizados de forma satisfatória.

Com a finalidade de aumentar mais a resolutibilidade da escovação supervisionada e assim obter maior participação das crianças e prender sua atenção, procurar-se-á transmitir o conhecimento utilizando métodos ainda mais descontraídos. Sabe-se que um paciente bem motivado pode alcançar excelentes resultados em termos da melhoria de saúde bucal, principalmente se comparados a pacientes que não passaram por um processo de orientação e motivação.

A avaliação de programas e serviços está presente em várias áreas e em todas se faz necessária. Na saúde pública é de extrema importância, pois viabiliza escolhas de planejamento e possibilita o controle dos serviços prestados à comunidade, uma vez que os

recursos estão cada vez mais escassos, e não acompanham o grande aumento e diversidade da demanda.

REFERÊNCIAS

1	BRASIL. Lei 8.080/1990.1990a.
2	BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1990b. Brasília, DF. Disponível em www.saude.gov.br . Acesso: 20 de outubro de 2009.
3	BRASIL. Norma Operacional Básica- <i>NOB SUS 01/91, 01/93, 01/96</i> . Brasília.
4	BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos Saúde da Família. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. São Paulo. 1997: 1(1).
5	BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Portaria GM/MS n° 3.925/98.
6	BRASIL. Ministério da Saúde. Alta Complexidade. Portaria n° 476/1999. 1999a
7	BRASIL. Ministério da Saúde. Medidas preventivas básicas da OMS. 1999b. Brasília, DF. Disponível em: www.who.int/ncd/orh/index.htm . Acesso: 10 de março de 2010.
8	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444/2.000.
9	BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde – <i>NOAS SUS 01/02</i> . Brasília.
10	BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002–2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.
11	BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n° 7/2004. 2004b.
12	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 648 (de 28 de março de 2006). 2006a
13	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – Brasília: 2006b. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 493 (de 10 de março de 2006). 2006c
15	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – Brasília 2009. 56p. (Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
16	CARVALHO, D. Q. et al. A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Revista da Escola de Saúde Pública do RS .2004, v. 18, n. 1 - jan./jun. p. 175 a 184.
17	CORDÓN, J. A., 1991. Saúde bucal e a municipalização da saúde. <i>Saúde em Debate</i> , 32:60-65.

18	CORRÊA, E. J. <i>et al. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos</i> . Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.
19	EKSTRAND, K. R.; CHRISTIANSEN, J.; CHRISTIANSEN, M. E. C. Time and duration of eruption of first and second permanent molars: a longitudinal investigation. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> , v. 31, n. 5, p. 344-350, 2003.
20	ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. <i>et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil</i> . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384.
21	FARIA, H. P. <i>et al. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde</i> . Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.
22	FELDENS, C. A.; KRAMER, P. F.; ABREU, M. E.; ROSSO, E. D.; FERREIRA, S. H.; FELDENS, E. G. Associação entre experiência de cárie em molares decíduos e Primeiros molares permanentes. <i>Pesq Brás Odontoped Clin Integr</i> , v. 5, n. 2, p. 157-163, 2005.
23	FORTUNA, C. M. <i>et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos</i> . <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> . 2005, vol.13, n.2, pp. 262-268.
24	GARRAFA, V., 1993. Saúde bucal e cidadania. <i>Saúde em Debate</i> , 41:50-57.
25	LEROY, R.; BOGAERTS, K.; LESAFFRE, E.; DECLERCK, D. Multivariate survival analysis for the identification of factors associated with cavity formation in permanent first molars. <i>Eur J Oral Sci</i> , v. 113, n. 2, p. 145-152, 2005.
26	LUZ, M. F. <i>As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia</i> . Rio de Janeiro, Graal, 1979, 295 p.
27	NARVAI, P. C. <i>et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social</i> . <i>Rev Panam Salud Publica</i> 2006; 19(6):385-93.
28	NASCIMENTO, L. C., MENDES, I. J. M. Perfil de Saúde dos trabalhadores de um centro de saúde-escola. <i>Rev Latino-am Enfermagem</i> 2002; 10(4):502-8.
29	NORDI, P. P. <i>et al. Atenção preventiva antecipada para o primeiro molar permanente</i> . <i>RGO</i> 1994, v. 42, n. 4, p. 204-206.

30	OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. <i>(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil</i> . Petropolis: Vozes, 1985. 360 p.
31	PETRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. <i>Promoção de saúde bucal</i> . São Paulo: Artes Médicas, p. 365-70, 1997.
32	POSSAS, C. A. <i>Saúde e trabalho – a crise da previdência social</i> . Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p.
33	RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde flexibilidade metodológica e agir comunicativo. <i>Rev. Ciência e Saúde Coletiva Rio de Janeiro</i> . 1999, vol.4, no.2.
34	SABROZA, P. C. Processo Saúde-Doença. In: BARBOSA, P. R. <i>Curso de Especialização Autogestão em Saúde</i> . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
35	SILVA, C. P. M., JORGE, A. O. C. Efeito de um programa educativo-preventivo na higiene bucal de escolares. <i>Rev. biociênc. Taubaté</i> . jul.-dez 2000:6(2), p.67-72.
36	UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: <i>Distrito Sanitário</i> (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
37	Várzea da Palma. Secretaria Municipal de Saúde de Várzea da Palma. Banco de Dados. 2010.
38	Watanabe M. G. C., Agostinho A.M., Moreira A. Aspectos socioeconômicos dos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP. <i>Rev Odontol Univ São Paulo</i> . 1997;11(2):147-51
39	WORDL HEALTH ORGANIZATION. <i>Promoción de la salud mediante las escuelas</i> , 1998.

ANEXO 1

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS DE IDADE DE 5 E 6 ANOS A RESPEITO DE CÁRIES, SEGUNDO A OMS.

ESCOLA _____ BAIRRO _____ IDADE _____

NOME DA CRIANÇA	1º MOLAR			1º MOLAR CARIADO			DENTES CARIADOS		
	SIM	NÃO	QUAIS	SIM	NÃO	QUAIS	SIM	NÃO	QUAIS
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
