

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

ROSANILDA ANTUNES SANTOS DE FIGUEIREDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO
PARA O RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA**

Corinto – MG

2013

ROSANILDA ANTUNES SANTOS DE FIGUEIREDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO
PARA O RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA**

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: Prof^a Dr^a Viviane Elisângela Gomes

Corinto – MG

2013

ROSANILDA ANTUNES SANTOS DE FIGUEIREDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO
PARA O RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA**

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

Orientadora: Profª Drª Viviane Elisângela Gomes

Banca Examinadora

Profª: Drª Viviane Elisângela Gomes - Orientadora

Profª: Andréa Clemente Palmier - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte: 15 / 02 / 2014

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Filomeno Figueiredo e aos meus filhos Lino, Thiago e Maria Luíza cuja paciência, compreensão e estímulo foram fundamentais para que esse trabalho fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço

A Deus pela vida e a minha orientadora, Prof^a Dr^a Viviane Elisângela Gomes, pela dedicação e paciência.

A minha equipe de trabalho, pela participação e ajuda.

À coordenação da Atenção Básica, pelo apoio.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, realizado pela Equipe de Saúde Alto Belo, do município de Bocaiuva/MG, sobre a questão do risco à cárie dentária na área de abrangência dessa equipe. Objetivou elaborar um plano de ações voltadas para o controle da cárie na população dessa área. Para isso, foi realizada uma revisão da literatura por meio da análise de artigos científicos, livros, documentos oficiais e sites institucionais que abordam e discutem a doença cárie e sua relação com a vulnerabilidade social. Esse plano segue os passos que compõe o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Seu êxito depende das ações articuladas de promoção da saúde, com ênfase nas ações intersetoriais que envolvam todos os profissionais de saúde da equipe, lideranças e a população.

Palavras chave: Saúde Bucal, Promoção da Saúde, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study presents an intervention proposal performed by Alto Belo Health Team from Bocaiuva/MG, about the dental cavity risk in the coverage area of the team. Our goal was to develop action plans that aimed to control dental cavity in the population from this area. To this end, a literature revision was performed through the analysis of scientific articles, books and official documents and institutional websites that address and discuss the cavity disease and its relation to social vulnerability. This plan follows the steps that comprise the method of Situational Strategic Planning (PES). Its success depends on articulate actions that involve all of the health professionals from the team, leadership and population.

Key words: Oral Health, Health Promotion, Family Health Program, Primary Health Care, Unified Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Contextualização do trabalho em equipe na estratégia saúde da família	9
1.2 Diagnóstico situacional.....	9
1.3 Justificativa.....	11
2 OBJETIVO	13
3 MÉTODOS	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do trabalho em equipe na estratégia saúde da família

O trabalho em equipe, baseado na Estratégia Saúde da Família, é fundamental para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2006). Esse trabalho consiste em conhecer e compreender a função de cada um dentro da proposta do processo de trabalho multiprofissional. Requer a mudança de paradigmas, o rompimento da inércia para o enfrentamento dos problemas da população e da própria equipe. Desta forma, todos os profissionais são responsáveis pelo enfrentamento dos problemas relacionados à saúde dos usuários. O planejamento das ações é feito em conjunto, sem disputa de poderes e com um bom relacionamento interpessoal.

A introdução da Estratégia Saúde da Família, nos cenários nacional, estadual e municipal, viabilizou a construção de um novo modelo de saúde que tem como objetivo primordial melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias. Dentro desta perspectiva, a saúde bucal não poderia ser trabalhada de forma isolada e descontextualizada. Desta forma, o Ministério da Saúde por meio da Portaria número 1444, de 28 de dezembro de 2000, incentivou a inserção de profissionais de saúde bucal, criando as Equipes de Saúde Bucal (ESB) (PALMIER et al., 2010).

Dentro deste novo modelo, as práticas em saúde passaram a ter abordagem interdisciplinar. Esse novo modelo de “fazer” tem proporcionado um grande avanço no processo de trabalho e na organização da Atenção Primária à Saúde. Tendo como pano de fundo a integralidade. O indivíduo que procura pelo serviço de saúde bucal tornou-se um sujeito ativo e passou a ser usuário do serviço e não apenas o paciente.

1.2 Diagnóstico situacional

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata-se de um plano de intervenção para o risco de cárie dentária na área de abrangência da Equipe de Saúde (ES) Alto Belo do município de Bocaiúva, MG.

Bocaiúva está localizada na bacia hidrográfica do rio Jequitinhonha, pertence a mesorregião do norte de Minas Gerais; a distância até a capital Belo Horizonte é de 369Km pela BR 135. Seus distritos são: Terra Branca, Alto Belo, Engenheiro

Dolabela. Seus conglomerados são: Machado, Sentinela, Pedregulho, além de 79 povoados. Sua altitude máxima é de 1485m (Serra do Espinhaço) e mínima de 597m (Rio Jequitinhonha). Tem um clima semi-árido (média 24°C). Possui 46.654 habitantes e o seu IDH-2000 é de 0,736. (IBGE, 2010).

A área denominada área sete, das 13 Equipes de Saúde da Família (ESF), está localizada na zona rural desse município. As 40 comunidades rurais, da área sete, estão agrupadas em oito microáreas, das quais apenas duas se localizam próximas à Unidade de Saúde (US). O acesso das demais áreas a US é difícil, devido à barreira geográfica e à falta de transporte público, conforme mostra o mapa (Apêndice).

A área sete é constituída por uma população de 2.851 habitantes (SIAB, 2013), dos quais 1.385 são economicamente ativos. Porém 32% dessas pessoas estão desempregadas e 45% são lavradores. Das 919 famílias cadastradas, 655 são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Desta forma 71% das famílias cadastradas vivem em condições de pobreza e miséria (SIAB, 2013).

A população escolar da rede municipal de ensino é de 393 alunos (Secretaria Municipal de Educação, 2012).

As comunidades não têm estrutura de saneamento básico. Dos 914 domicílios, apenas 803 possuem fossas sépticas, nas quais, as fezes e urina são depositadas. O lixo não é coletado, apenas queimado e enterrado. O abastecimento de água é feito por meio de poços artesianos onde a água é coletada, armazenada em reservatórios e distribuída para caixas ou tambores das residências, sem nenhum tratamento, apenas filtração e fervura (SIAB, 2012).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde¹ as ações de atenção à saúde bucal, prestadas nessa área de abrangência, eram centradas apenas em procedimentos curativos, uma vez por semana até maio de 2010. Isso se deve ao fato de não ter sido implantada uma ESB exclusiva para essa área de abrangência. A partir dessa data, as ações planejadas foram se adequando ao novo modelo assistencial, o qual valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (BRASIL, 1994).

Diante desses aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e de prestações de serviços, citados anteriormente e comprovados no Diagnóstico

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Bocaiuva 2012.

Situacional (DS)² de 2012, realizado pela ES Alto Belo para planejar ações voltadas às necessidades da população, pode-se afirmar que se trata de uma área com diversos problemas, dentre eles:

- Falta de Saneamento Básico;
- Desemprego;
- Alcoolismo;
- Falta de Lazer;
- Risco de Dengue;
- Difícil acesso à US;
- Deficiência no fornecimento d'água;
- Hipertensão arterial;
- Risco à cárie dentária.

Segundo o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986): "(...) a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde" (BRASIL, 1986).

A condição de vulnerabilidade dessa população pode estar relacionada aos fatores determinantes da cárie dentária (BRASIL, 2006):

- Alimentação não saudável;
- Dificuldade na aquisição de insumos para higiene bucal com boa qualidade;
- Falta de acesso a água tratada e fluoretada;
- Difícil acesso ao serviço de saúde bucal.

1.3 Justificativa

No Brasil, existe iniquidade em relação à prevalência e gravidade da cárie dentária na população. Essa distribuição desigual da doença pode ser decorrente das variações biológicas (higiene bucal, dieta, dente e saliva) e das diferenças sociais (NARVAI et al., 2006). Segundo Kitamura e Leite (2009, p. 141), "o conhecimento das desigualdades em saúde bucal e seus fatores condicionantes são importantes para o planejamento das ações da equipe".

Nesse contexto, A compreensão da realidade local e dos principais problemas e necessidades dos usuários do serviço de saúde, bem como a literatura, poderão

² Diagnóstico Situacional realizado pela Equipe de Saúde Alto Belo, 2012.

embasar esse plano de ação. A ES Alto Belo optou em atuar no enfrentamento do “Risco à Cárie Dentária” por se tratar de um problema de alta relevância e urgência, o qual compromete a saúde bucal e a qualidade de vida dessa população. A mudança de hábitos alimentares e de higiene bucal em 100% dos escolares por meio do fornecimento permanente de uma merenda escolar balanceada e de boa qualidade, além de insumos necessários para a higienização dos dentes, o aumento do acesso à assistência odontológica e a realização de atividades educativas em saúde bucal adequadas para cada faixa etária, bem como a melhoria da estrutura do serviço odontológico são alguns dos benefícios ou resultados esperados ao se desenvolver esse plano.

2 OBJETIVO

O objetivo desse trabalho foi elaborar um plano de intervenção para o controle da cárie dentária na população da área de abrangência da ES Alto Belo de Bocaiúva, MG.

3 MÉTODOS

Para subsidiar esse trabalho, foram consultados dados secundários da Secretaria Municipal de Saúde (SIAB, 2012; SIAB, 2013), prontuários odontológicos da US Alto Belo, dados da classificação de risco em saúde bucal das escolas municipais de 2012 (Prefeitura Municipal de Bocaiuva, 2012)³. Foi consultada ainda a biblioteca virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família (CEABSF) onde foi possível acessar os Módulos do curso, o Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal nº 17 (Brasil, 2006), os Relatórios dos Levantamentos epidemiológicos brasileiros de saúde bucal (Brasil, 2004; Brasil, 2011). Os descritores selecionados foram: Saúde Bucal, Promoção da Saúde, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde. Por meio desses descritores, foi possível identificar as diversas produções científicas, a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de fevereiro a julho de 2013.

Para a elaboração da proposta de intervenção foi usado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como ferramenta.

³ Prefeitura Municipal de Bocaiuva, 2012.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O conhecimento da doença Cárie Dentária, do seu contexto histórico e dos trabalhos desenvolvidos em área de risco é necessário e importante para o embasamento científico desse trabalho.

4.1 Bases conceituais e evolução histórica

Etimologicamente, a palavra Cárie significa material podre (ARANHA e SERVIER, 2002).

A cárie é uma doença infecto-contagiosa e crônica que resulta de uma desmineralização dos tecidos dentais com formação de cavidade. (WEYNE, 1989; FERREIRA, 1999; WEYNE e HARARI, 2002).

Weyne e Harari (2002) consideraram que: “(...) é, na verdade, uma doença infecciosa oportunista, de caráter multifatorial, fortemente influenciada pelos carboidratos da dieta e pela ação dos componentes salivares”.

Fejerskov et al. (2011) definiram a cárie como “uma dissolução química localizada na superfície dentária, produto de atividades metabólicas realizadas na placa dentária (biofilme)”.

De acordo com Bratthall e Carlsson (1988), os elementos analisados para avaliar o risco à cárie são: bactéria, açúcar e saliva. A aderência da bactéria ao dente, sua quantidade, tipo e capacidade de produção de ácidos a partir de açúcares são características significantes da cárie. O açúcar é um nutriente microbiano, substrato para produção de ácido quando frequente na alimentação. A saliva facilita ou impede a aderência bacteriana ao dente conforme sua capacidade tampão.

Segundo Weyne (1989) por muitos anos, pesquisadores têm buscado identificar pessoas de risco à cárie dentária. Miller, em 1890, considerava o processo carioso como, bacteriologicamente, inespecífico (hipótese da placa inespecífica), enquanto Snyder (1951) e posteriormente Socransky (1968) definiram os critérios básicos para se determinar o valor de um método para prever a cárie. A partir daí, o interesse sobre o tema foi intensificado devido ao aumento de dados que provaram ser a cárie uma doença, na qual, microorganismos específicos, streptococos do grupo mutans, têm um papel preponderante. Esses microorganismos são os principais produtores de ácidos quando o pH da saliva é tamponado ao nível da acidez necessária para iniciar a desmineralização do esmalte (pH crítico). Ficou ainda demonstrado que a

atividade de cárie tinha também correlação com nível crítico de alguns lactobacilos na saliva e na placa dentária (hipótese da placa específica). Desta forma, a principal diferença entre saúde e doença não é a quantidade do acúmulo de placa e sim a sua composição bacteriológica. Sob a hipótese da placa específica, a prevenção da cárie pressupõe controlar a placa cariogênica. Entretanto, essa doença é de natureza multifatorial, ou seja, a sua manifestação clínica depende da interação de três fatores fundamentais: o hospedeiro (dentes e saliva), a microorganismos cariogênicos e a dieta rica em carboidratos, especialmente, a sacarose. Esta nova visão, de se preocupar com o “risco” das pessoas desenvolverem a cárie dentária, diferencia a forma de tratamento e controle dessa doença. Desta forma, torna-se necessária uma avaliação mais abrangente, incluindo aspectos como os determinantes sociais além dos aspectos puramente biológicos.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Disponível em: <http://bvsdss.icict.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=3>).

Os pesquisadores Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008) propõem um modelo que serviu de base para orientar as atividades e o conteúdo do relatório final da CNDSS possibilitando visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde (fig.1). Neste modelo, os DSS estão dispostos em diferentes camadas, conforme o nível de abrangência que vai desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada mais distante onde fica os macrodeterminantes os quais estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (BRASIL, 2008).

Figura 1- Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: CNDSS, 2008.

A cárie dentária é uma doença que tem uma determinação social (questão ambiental, econômica, social, cultural, estilo de vida, acesso aos serviços de qualidade) que deve ser somada aos fatores biológicos (PALMIER, et al., 2010). Muitos estudos mostram a relação de determinantes sociais em saúde bucal, inclusive a cárie dental (ANTUNES, 2008; BALDANI *et al.*, 2004; CATANI et al., 2010; LUCAS, 2005; MOREIRA, 2007; MOYSES, 2000; NARVAI, 2006).

A literatura epidemiológica geral apresenta evidências de que muitas doenças afetam os grupos socialmente mais carentes da sociedade, incluindo privação de acesso às políticas públicas, privação de coesão social, dentre outros fenômenos. A Cárie dental não é exceção (Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wpcontent/uploads/ARTIGOS/Moyes-RBOSC-v1-n1.pdf>).

4.2 Fatores de Risco

De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2006), os principais fatores de risco à cárie são:

- Fatores culturais e socioeconômicos;

- Falta de acesso ao flúor;
- Deficiência na escovação;
- Consumo excessivo e frequente de açúcar;
- Xerostomia.

A escolha dos alimentos é um dos momentos mais fortemente influenciado pelos fatores econômicos e sociais que rodeiam o indivíduo e sua família (ACOSTA, 2001).

Fejerskov et al. (2011, p.124) consideraram que:

A cárie é fruto tanto da privação social quanto da má alimentação. A chave para o controle da doença está na melhoria do ambiente social e bucal. Muitos fatores são considerados como parte da cadeia casual na cárie dentária: bactérias, dieta, depósitos de placas, quantidade e qualidade da saliva, qualidade do esmalte, histórica genética e morfologia dentária, todos sendo estudados como possíveis fatores de risco para a cárie.

4.3 Dados Epidemiológicos

Segundo Fejerskov et al. (2011), o estudo epidemiológico tem com objetivo identificar o risco da doença que segue algumas exposições, de maneira que intervenções preventivas sejam direcionadas de forma individual e coletiva. A escala numérica (índice) geralmente é necessária para obtenção de um valor preciso da distribuição da doença cárie numa população. O índice CPO-D (número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) em crianças com 12 anos de idade, em um determinado local e período, vem sendo amplamente usado desde 1938. Quanto menor o índice, melhores são as condições de saúde bucal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como parâmetro básico para esse indicador, a idade de 12 anos com a seguinte escala de severidade: prevalência muito baixa (0,1 – 1,1); prevalência baixa (1,2 – 2,6); prevalência moderada (2,7 – 4,4); e prevalência alta (4,5 – 6,5) (DATASUS, 2013).

Segundo o levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2003, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentaram pelo menos um dente decíduo cariado. Cerca de 70% das crianças de 12 anos e 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentaram pelo menos um dente permanente atacado pela cárie. A situação apresentou-se mais grave entre os adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos), pois a média de dentes cariados foi de 20,1 e de 27,8, respectivamente (Brasil, 2004).

A conclusão do projeto SB Brasil 2003 deu embasamento ao Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde. A cidadania dos brasileiros foi resgatada ao receber uma saúde bucal de forma integral com essa política (Brasil, 2011).

Em 2010, o CPO-D aos 12 anos foi de 2,1 (redução de 25% em 7 anos). Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,2 (o dobro dos dentes atacados pela doença quando comparado à idade de 12 anos). Para os adultos e idosos, a redução foi menor em consequência da falta de acesso, dessa faixa etária, aos programas de saúde bucal. Nas capitais, o CPO médio aos 12 anos foi de 1,7; no interior, 2,2; na região norte, 3,2; na região nordeste, 2,7; no centro-oeste, 2,6; no sudeste, 1,7; no sul, 2,0 (Brasil, 2011) comprovando a disparidade no cuidado à saúde nas regiões socioeconômicas desfavoráveis. Na dentição decídua, ou seja, na população de 5 anos de idade, não houve melhora significativa.

Apesar da área de abrangência, da ES Alto Belo, estar localizada na região sudeste do Brasil, 40% dos estudantes, da rede municipal de ensino, apresentaram alto risco em saúde bucal com presença de lesões de cárie ativa (classificação de risco realizada em 2012 pela ES). Também em 2012, a ES analisou 604 prontuários odontológicos na US e obteve as seguintes informações dos usuários atendidos:

- 68% apresentaram alto risco em saúde bucal por apresentarem lesões de cárie ativa;
- 53,3% consomem com frequência alimentos ricos em açúcar; de acordo com os relatos dos próprios usuários;
- 69% apresentaram deficiência na higiene bucal, constatada pela presença de placa bacteriana e cálculos, além de sangramento gengival.

Alguns estudos envolvendo área de risco à cárie foram realizados. O estudo de Peres et al (2002) objetivou investigar os determinantes sociais e biológicos, medidos no período perinatal na infância, sobre a ocorrência de cárie dentária em crianças de 6 anos de idade. Em 1999, foi realizado um estudo transversal de cárie dentária em uma subamostra de 400 crianças pertencentes a uma coorte de nascidos vivos iniciada em 1993 em Pelotas/RS. Nesse estudo, comprovou-se que os fatores de risco sociais, como baixa escolaridade materna e baixa renda familiar, não frequentar a pré-escola e dieta inadequada são comuns à cárie dentária e outras doenças e agravos infantis, sugerindo que medidas de intervenção dirigidas a

estes fatores seriam mais adequadas à prevenção da cárie do que medidas específicas.

Guimarães et al. (2010) realizaram um trabalho em uma escola privada (escola A) e em escolas públicas localizadas na região central da cidade (escola B) e na periferia da cidade (escola C). As crianças de cinco e seis anos de idade, dessas escolas, foram avaliadas. A escola A apresentou maior quantidade de crianças livres de cárie do que das escolas públicas. O ceo-d, na escola A, foi de 0,89. Enquanto, na escola B de 2,5 e na escola C de 5,3. Esses resultados sugerem que o nível socioeconômico teve influência nos índices de cárie. Palmier (2011) realizou um estudo ecológico que teve como foco a manifestação da cárie dentária em uma região carente brasileira. Foi avaliada a associação entre o percentual de exodontias de dentes permanentes em relação aos procedimentos individuais odontológicos realizados no ano de 2007 e os indicadores socioeconômicos e a oferta de serviços odontológicos nos 52 municípios do vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração da proposta de intervenção, a ES Alto Belo seguiu os passos que compõem o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), apresentados a seguir:

Primeiro passo: Definição dos problemas

A partir do diagnóstico situacional, da área de abrangência da ES Alto Belo, foram identificados ou definidos os problemas locais, sendo o “Risco à Cárie Dentária” um deles.

Segundo passo: Priorização de problemas

O “Risco à Cárie Dentária” é de alta relevância e urgência, com parcial capacidade de enfrentamento.

Terceiro passo: Descrição do problema selecionado:

Na área de abrangência da ES Alto Belo, 100% da população (2.851 indivíduos) apresenta vulnerabilidade social, condição que pode aumentar a suscetibilidade à cárie dentária. Dentre os escolares da rede municipal de ensino, 40% dos 393 estudantes apresentam pelo menos um elemento dentário atacado pela doença cárie.

A ES Alto Belo utilizou os dados da classificação de risco em saúde bucal produzidos por ela própria, no primeiro semestre de 2012 (Prefeitura Municipal de Bocaiúva, 2012), e outros dados fornecidos pelo SIAB (SIAB, 2011), como a não universalização do acesso à água fluoretada e às condições socioeconômicas desfavoráveis, levando ao consumo de dietas mais baratas: ricas em açúcar e menos saudáveis, além dos hábitos deficientes de higiene bucal.

Quarto passo: Explicação do Problema:

Devido à situação de vulnerabilidade social (baixa renda salarial, poucos anos de escolaridade, altas taxas de desemprego, falta de acesso aos serviços de saúde, dentre outros) e os fatores biológicos como: o alto e frequente consumo de alimentos ricos em açúcar, hábitos de higiene bucal inadequados, falta de acesso à água fluoretada e insumos de higiene bucal, a população da área de abrangência da ES Alto Belo vivencia o problema de cárie dentária.

Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”:

Os “nós críticos” ou as causas a serem enfrentadas para impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo são:

- Hábitos alimentares e higienização bucal inadequados;
- Pressão social, ou seja, movimentos sociais que reivindicam mais saúde;
- Nível de informação;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da ES inadequado para enfrentar o problema.

Sexto passo: Desenho das operações:

Os “nós críticos”, as operações para enfrentá-los, os resultados e produtos esperados, além dos recursos necessários para execução do plano de ação foram organizados da seguinte forma:

1. Hábitos alimentares e higienização bucal inadequados
 - 1.1. Operação/Projeto: **Hábitos + saudáveis**
 - 1.2. Resultado esperado:
 - Melhorar os hábitos em 100% dos estudantes da rede municipal de ensino no prazo de um ano.
 - 1.3. Produtos esperados: Programa Saúde na Escola (PSE) para realizar:
 - Escovação orientada e bochechos fluorados semanais, utilizando 10 ml de solução do Fluoreto de Sódio (NaF 0,2%) (PINTO, 2001; BRASIL, 2006) ou aplicação trimestral de flúor gel na escova (BRASIL, 2006) em crianças com alto risco/atividade de cárie;
 - Campanha para motivação da escovação diária após merenda escolar para todos os escolares;
 - Programa “Alimentação Saudável na Escola”;
 - Intervenções educativas sobre saúde bucal e outros temas, com abordagem multiprofissional, que os escolares tiverem interesse ou curiosidade em saber.
 - 1.4. Recursos necessários:
 - Organizacional: para organizar as atividades educativas;
 - Cognitivo: conhecimento dos temas abordados e habilidades de comunicação;
 - Políticos: obter espaço nas escolas e rádio local, mobilização e articulação da comunidade escolar e das famílias;

- Financeiro: para adquirir recursos áudios-visuais, folhetos educativos e produtos de higiene.
2. Pressão social
 - 2.1. Operação/Projeto: **Sorrir melhor**
 - 2.2. Resultados esperados:
 - Acesso a insumos de higiene bucal.
 - 2.3. Produtos esperados:
 - Fornecimento de escovas, fios dentais e dentifrícios fluoretados à população pela Secretaria Municipal de Saúde.
 - 2.4. Recursos necessários:
 - Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração e enfrentamento da falta de acesso a escovas, fio dental e dentifrício fluoretado.
 - Político: mobilização social, articulação intersetorial.
 - 2.5 Financeiro: para aquisição de insumos de higiene bucal.
 3. Nível de informação
 - 3.1. Operação/Projeto: **Minuto da saúde bucal**
 - 3.2. Resultado esperado:
 - População mais informada sobre o risco de cárie.
 - 3.3. Produtos esperados:
 - Aumento do nível de informação da população sobre o risco de cárie;
 - Campanha educativa na rádio local;
 - Programa Saúde na Escola (PSE);
 - Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), professores e cuidadores.
 - Ações de promoção da saúde na unidade e em locais sociais.
 - 3.4. Recursos necessários:
 - Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação.
 - Organizacional: organização dos serviços educativos, buscando parceria mais efetiva do Pessoal da Educação.
 - Político: parceria com o setor educacional e de imprensa local
 4. Estruturas dos serviços de saúde
 - 4.1. Operação/Projeto: **Dentes saudáveis**
 - 4.2. Resultados esperados:

- Aumento dos atendimentos clínicos e da qualidade na orientação dos riscos da doença cárie.
- 4.3. Produtos esperados:
- Capacitação da ES com orientação e organização para melhorar os serviços;
 - Aquisição de um consultório odontológico novo.
- 4.4. Recursos necessários:
- Político: decisão em aumentar os recursos.
 - Financeiro: para recursos de materiais, estrutura física e manutenção de materiais de consumo.
 - Cognitivo: elaboração das atividades curativas e de capacitação.
5. Processo de trabalho da ES inadequado para enfrentar o problema
- 5.1. Operação/Projeto: **Linha de atenção**
- 5.2. Resultado esperado:
- Cobertura de 100% da população escolar da rede municipal de ensino com risco de cárie na área de abrangência da ES Alto Belo, com a ativação efetiva do PSE.
- 5.3. Produtos esperados:
- Linha de atenção para o risco de cárie;
 - Recursos humanos capacitados.
- 5.4. Recursos necessários:
- Cognitivo: elaboração de projeto da linha de atenção.
 - Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos:

Os recursos indispensáveis para a execução das operações não estão disponíveis. A ES criará estratégias para viabilizá-los.

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

O plano de ação, no PES, ocorre em situações de baixa governabilidade da equipe que deseja executá-lo. Desta forma, a ES Alto Belo não controla todos os recursos necessários para que os objetivos sejam alcançados. Portanto, para analisar a viabilidade desse plano, essa identificou os atores que controlam os recursos críticos

e suas respectivas motivações em relação aos objetivos almejados em cada operação, propondo, ações estratégicas para motivá-los.

Nono passo: Elaboração do plano operativo

A ES Alto Belo definiu, em comum acordo, os responsáveis por cada operação e os prazos para a realização de cada produto conforme o quadro abaixo:

Operações/Projetos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Hábitos saudáveis +	Apresentar o projeto para a comunidade escolar, buscando parcerias e apoio dessa.	Equipe de Saúde Bucal	Dois meses para iniciar as atividades
Sorrir melhor	Apresentar a importância do projeto para a população e buscar o apoio popular.	Dentista e enfermeira	Apresentar o projeto em quatro meses, seis meses para aprovação e liberação dos recursos.
Minuto da saúde bucal	Apresentar a importância e benefícios do projeto para a população com o apoio dessa.	Enfermeira e técnica em enfermagem	Três meses para apresentar o projeto e término em doze meses.
Dentes saudáveis	Buscar melhorias na estrutura dos serviços de saúde prestados.	Equipe de Saúde Bucal	Cinco meses para iniciar as atividades
Linha de atenção	Apresentar a importância e benefícios do projeto para a população com o apoio dessa.	Dentista e enfermeira	Seis meses para apresentar o projeto.

Décimo passo: Gestão do plano

Este passo tem como objetivo, coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Para isso é necessário que se faça uma planilha para o acompanhamento dos projetos separadamente com seus respectivos coordenadores após um período de tempo do início desses projetos.

A partir da realização do PES foi possível elaborar a proposta de intervenção que consiste em um trabalho conjunto com todos os profissionais da ES Alto Belo, focando os usuários desde o período de gestação, bebês, pré-escolares, escolares, adultos e idosos. Desta forma, o controle da doença cárie deve ser feito desde o nascimento, depois em cada ciclo de vida, da seguinte forma:

- As atividades coletivas em saúde bucal nas escolas e na unidade ou em outros locais (ações de promoção da saúde e ações preventivas para as doenças/agravos bucais) são desenvolvidas 1 vez por semana conforme o planejamento. Nas escolas, essas atividades serão conjuntas com toda a ESF pelo PSE;
- As atividades individuais de recuperação, prevenção e manutenção da saúde bucal ficam para os demais dias da semana, agendadas por microáreas;
- Nas visitas domiciliares, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificam os usuários com necessidade em atenção à saúde bucal e os agenda para o encontro, na unidade, separando-os, se possível, quanto às condições/problemas de saúde (gestantes, hipertensos, diabéticos, cardiopatas e outros). Desta forma, a equipe estará possibilitando o primeiro contato desses aos serviços de saúde. Os usuários serão acolhidos, por todos da ES, no dia previsto, e conduzidos ao local do encontro onde os profissionais irão criar um ambiente interativo, abordando temas educativos em saúde conforme a necessidade do público presente. Cada participante receberá um cartão com registro dos dias de novos encontros, incorporando práticas intersetoriais e interdisciplinares planejadas antecipadamente e definidas no cronograma mensal.
- Outra porta de entrada, para os serviços de saúde bucal, é a busca ativa, nas escolas, ao realizar ações coletivas com finalidade epidemiológica e educativas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

- Após o primeiro contato, as Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas (PCOP) serão realizadas com posterior agendamento para os procedimentos individuais necessários, priorizando aqueles com maior necessidade de atenção e cuidado, classificados como Risco 1 (R1) em saúde bucal.
- Os usuários que já estão em tratamento receberão também ações de promoção da saúde nas oportunidades estratégicas, com toda a ESF, como em reuniões de associações, de pais nas escolas, enquanto esperam as consultas médicas na sala de espera da unidade. As atividades desenvolvidas serão variadas: apresentação de vídeos educativos, palestras, teatros e outros.
- A demanda espontânea e os casos de urgência serão acolhidos com humanização e resolutividade por todos os membros da equipe, priorizando os casos mais graves e de sofrimento para o atendimento imediato. Essa demanda será organizada e integrada aos serviços de promoção em saúde, PCOP e atendimentos clínicos individuais conforme as necessidades e prioridades.
- As ações desenvolvidas no Programa de Saúde na Escola (PSE) serão as seguintes:
 1. Incorporação de temas relevantes à saúde bucal como parte dos projetos pedagógicos de modo a garantir a realização, durante o ano letivo, de atividades pedagógicas previstas no plano de trabalho da escola envolvendo a comunidade escolar (pais, famílias, professores);
 2. Elaboração e produção de material didático-pedagógico abordando temas de saúde, contemplando os seguintes temas de saúde bucal:
 - A boca e os dentes;
 - Noções gerais sobre a anatomia da boca;
 - Os dentes: funções, partes, diferenças morfológicas, dentição decídua e dentição permanente;
 - Medidas preventivas: importância da prevenção para a manutenção da saúde bucal.
 3. Técnica de higiene bucal: escovação e uso do fio dental;
 4. Flúor: importância como método preventivo e os riscos de fluorose;

5. Placa bacteriana, cárie e doença periodontal: conceitos e evolução das lesões de cárie, Caracterização da cárie como doença;
 6. Relacionar saúde geral e saúde bucal;
 7. Hábitos saudáveis: Importância da alimentação saudável para a manutenção da saúde geral e da saúde bucal, Controle da ingestão de alimentos cariogênicos;
 8. Controle do uso de tabaco, álcool e outras drogas.
- Propostas de um estudo da qualidade da água em termos microbiológicos e de fluoretação;
 - O monitoramento, dessas ações, será feito mensalmente por meio do boletim de produção ambulatorial e dos registros das atividades no Sistema de Informação à Atenção Básica (SIAB).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ES Alto Belo tem a necessidade de assumir uma nova postura diante dessa população responsabilizando-se pelo enfrentamento de um dos problemas existentes em sua área de abrangência: O Risco à Cárie Dentária. O grande desafio é a real reversão do sistema de atenção em saúde, antes curativista para um modelo voltado para as necessidades da população, conforme o perfil epidemiológico local, capaz de organizar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos de trabalho buscando reduzir as iniquidades. Desta forma, o êxito desse plano depende de ações intersetoriais que envolvam profissionais, lideranças e comunidade.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, S. J. Alimentación y Nutrición. In: SINTES, R. A. (Org.). **Temas de Medicina General Integral**. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 2001. v. 1, p. 106-146.
- ANTUNES, J. L.F. et al. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.79-87, jan./mar. 2006.
- ANTUNES, J. L. F.. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 562-567, jun. 2008.
- ARANHA, F. L.; SERVIER. **Bioquímica Odontológica**. 2 ed.. 2002
- Artigos acadêmicos sobre determinação social da saúde bucal. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/wpcontent/uploads/ARTIGOS/Moyses-RBOSC-v1-n1.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2014.
- BALDANI, M.H. et al. Associação do índice CP-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-152, jan./fev. 2004.
- BARATIERI, L. N. et al. **Dentística**: Procedimentos Preventivos e Restauradores. São Paulo: Santos, 1989.
- BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora**: Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Santos, 2002.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Determinantes Sociais em Saúde. Disponível em: <<http://bvsdss.icict.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=3>>. Acesso em: 25 jan. 2014.
- BOCAIÚVA. Secretaria Municipal de Educação. População escolar da rede municipal, Bocaiuva, 2012.
- BOCAIÚVA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Bocaiuva, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. **Resultados Principais**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. (Cadernos de atenção básica, n. 17).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de Fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010. **Resultados Principais**. Brasília, 2010. . Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. >. Acesso em 19 maio 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. Brasília, 2010. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=314800>>. Acesso em 10 de maio 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. >. Acesso em 19 maio 2013.

BRATTHALL, D. ; CARLSON, J. **Estudo atual dos testes de atividade de cárie**. p. 239-255. In: Thylstrup, A.& Fejerskov, O. Tratado de cariologia. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

BURT, B. A.; BAELUM; FEJERSKOV, O. A epidemiologia da Cárie. In: FEJERSKOV, O. KIDD, E. **Cárie Dentária: A Doença e seu Tratamento Clínico**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2011.

CARDOSO, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

CATANI, D.B. ; MEIRELLES, M. P. M. R. ; SOUZA, M. L. R. Cárie dentária e determinantes sociais de saúde em escolares do município de Piracicaba- SP. **Revista Odontologia UNESP**, 39 (6), p. 344-350, Araraquara, nov/dez. 2010.

CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. Disponível em: < <http://dssbr.org/site/opinioes/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais/>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Modelo da Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 27 jan. 2014.

CORREA, E. J. ; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

DATASUS. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/idb> >. Acesso 19 mai. 2013.

DECs da Bireme. Disponível em: < <http://decs.bv.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> >. Acesso em: 01 set. 2013.

FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

FEJERSKOV, O. ; KIDD, E. **Cárie Dentária: A Doença e seu Tratamento Clínico**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2011.

FEJERSKOV, O. *et al.* A doença e seu diagnóstico. In: FEJERSKOV, O. KIDD, E. **Cárie Dentária: A Doença e seu Tratamento Clínico**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **O minidicionário da língua portuguesa**. 4 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FONSECA, L.S. **Determinação social da saúde bucal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, Minas Gerais. 2012.

GUIMARÃES, H.B., SILVA, A.R., PORTO, R.B. Avaliação da experiência de cárie e necessidade de tratamento de pré-escolares de 5 e 6 anos das redes pública e privada do município de Porto Velho, Rondônia. **Odontologia Clínico- Científica** (Online), v.9, n.1, p.49-53, Recife, jan/mar.2010.

KITAMURA, E.S.; LEITE, I.C.G. **correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros**: Implicações para a inclusão da odontologia na estratégia saúde da família. Rev. APS, v.12, p.140-149, abr./Jun. 2009.

LUCAS, S. D. *et al.* **Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.55-63, jan.fev. 2005.

Miller, W.D. The microorganisms of the human mouth. S.S White Co., 1980.

MOREIRA, R.S. *et al.* A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.275-284, jan./mar. 2007.

MOYSÉS, S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 7-17, 2000.

MOYSÉS, S. J. *et al.* **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 627-641, 2004.

NARVAI, P.C. *et al.* **Odontologia e saúde bucal coletiva**, São Paulo: Santos, 2002.

NARVAI, P.C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, Washington, DC, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.

NARVAI, P.C. *et al.* Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, abr. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200000200015-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jul 2013.

PALMIER, A. C. **Cárie dentária em adolescentes em uma região desfavorecida brasileira.** Tese - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal** : aspectos básicos e atenção ao adulto. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 74p.

PERES, M.A. *et al.* Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado num coorte de nascidos vivos no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.4, 2003. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v6n4/04.pdf> >. Acesso em 29 set. 2013.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2001.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações sobre o uso e produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária.** 2000. Grupo de trabalho. RSS-95, de 27/6/2000.

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/destaques/saude_bucal/recomendacoes_sobre_uso_produtos_fluorados_sus-sp/recomendacoes_uso_do_fluor.pdf>. Acesso em: 29 set. 2013.

SOCRANSKY, S.S. Caries-susceptibility tests. **Annals New York Academy of Sciences**, 153:137-46, 1968.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Bocaiuva, 2011.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Bocaiuva, 2012.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Bocaiuva, 2013.

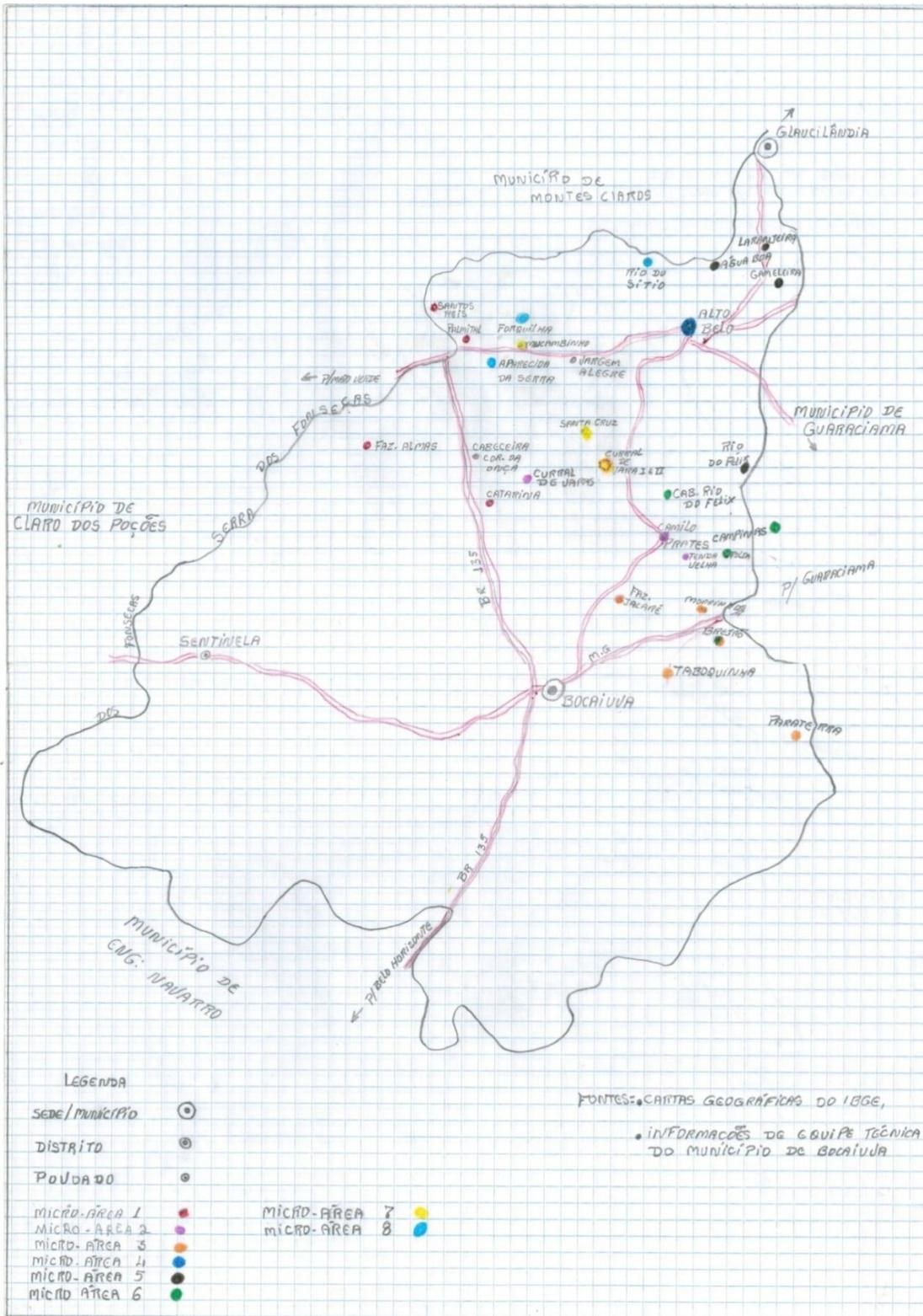
UNIDADE DE SAÚDE ALTO BELO. Prontuário Odontológico, 2012.

WEYNE, S. C. Cariologia. In: BARATIERI, L. N. *et al.* **Dentística: Procedimentos Preventivos e Restauradores**. São Paulo: Santos, 1989.

WEYNE, S. C.; HARARI, S. G. Cariologia: Implicações e Aplicações Clínicas. In: BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora**: Fundamentos e Possibilidades. São Paulo: Santos, 2002.

APÊNDICE

Mapa da Área 07:



FONTE: CARTAS GEOGRÁFICAS DO IBGE – INFORMAÇÕES DA EQUIPE TÉCNICA DO MUNICÍPIO DE BOCAIUVA/MG.