

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

IVAGNER DE CAMARGO FERREIRA

AÇÕES DE PREVENÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA EM
SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO – ESF GUANABARA

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS

2014

IVAGNER DE CAMARGO FERREIRA

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA EM
SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO – ESF GUANABARA**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS
2014

IVAGNER DE CAMARGO FERREIRA

**AÇÕES DE PREVENÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA EM
SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO – ESF GUANABARA**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Professor Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Professora Ana Cristina Borges de Oliveira

Aprovada em Belo Horizonte 07 / 06 / 2014

AGRADECIMENTO

À todos que fizeram possível a conclusão desse trabalho como
pacientes, equipe e coordenação;

À Camila, minha esposa, pela dedicação
e compreensão dos momentos passados nessa caminhada;

Aos professores e tutores que acreditaram em mim,
me dando força quando tudo parecia perdido,
especialmente à tutora Sandra Soares Pereira
e a meu orientador, prof. Bruno Leonardo de Castro Sena.

*“Não era dono da verdade
Como tantos, tentava encontrá-la...”*

RAUL CAMARGO

RESUMO

Apesar de ter apresentando declínio nas últimas décadas, a cárie dentária ainda está presente em boa parcela da população, especialmente nas camadas socioeconômicas menos favorecidas. O município de São Gonçalo do Rio Abaixo, apesar de ofertar grande assistencialismo à sua população, apresenta resultados semelhantes em lesões cáries a outros municípios menos estruturados. O objetivo desse trabalho foi elaborar um plano de ação e programas de prevenção e promoção de saúde para a cárie dentária para a equipe de Saúde Bucal da ESF Guanabara, em São Gonçalo do Rio Abaixo. A fundamentação teórica do trabalho foi através de buscas no SciELO e Lilacs utilizando-se os descritores: “cárie dentária”, “saúde bucal”, “planejamento em saúde” e “atenção primária à saúde”. Também foram utilizados sites especializados como o Ministério da Saúde e NESCON/UFMG. Contemplaram esse estudo artigos de 1970 a 2013. A construção do plano de ação foi conduzida através dos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O plano de ação visou o enfrentamento dos fatores etiológicos da doença cárie por meio de propostas de prevenção e promoção de saúde, além de maior equidade com programas de melhoria no acesso. Concluiu-se que, além do investimento, um planejamento de ações se faz necessário para promover equidade no âmbito das agendas de odontologia do SUS, e o PES se constitui importante ferramenta. Não menos importante para o combate da cárie dentária, as ações coletivas de escovação supervisionada e acesso ao flúor têm destaque uma vez que atingem a população como um todo.

Palavras-chave: “Cárie Dentária”, “Saúde Bucal”, “Planejamento em Saúde”, “Atenção Primária à Saúde”.

ABSTRACT

Despite its decline along the last years, dental caries can still be found in a large part of the population, especially among those in socioeconomic disadvantage. Although providing assistance to its population the city of São Gonçalo do Rio Abaixo, presents results similar to other cities with worse structure, regarding caries-based lesions. This work aimed to prepare an action plan and programs for health promotion and prevention against caries for the Oral Health Team of ESF Guanabara, in São Gonçalo do Rio Abaixo. The foundation of this work was made through searches in SciELO and Lilacs databases using the keywords: "dental caries", "oral health", "health planning" and "primary health care". Specialized websites as the Health Ministry and NESCON/UFMG were also used. Articles from 1970 to 2013 were used in this study. The construction of the action plan was made in the steps of the Situational Strategic Planning (Planejamento Estratégico Situacional - PES). The action plan focused on addressing the etiologic factors of the disease caries, through proposals for prevention and health promotion, besides higher equality with accessibility improvement programs. It was concluded that besides investment, having action planning is necessary to promote equality in the scope of the dentistry policies of SUS, and the PES is a key tool. Not less important for the fight against dental caries, the collective actions of supervised tooth brushing and access to fluorine are featured once they target the population as a whole.

Keywords: "Dental Caries" "Oral Health", "Health Planning", "Primary Health Care"

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - População por situação de domicílio	13
TABELA 2 - Número da população de São Gonçalo do Rio Abaixo, de acordo com o sexo	13
TABELA 3 - Número da população de São Gonçalo do Rio Abaixo, de acordo com as fases do ciclo de vida	13
TABELA 4 - Dados odontológicos de São Gonçalo do Rio Abaixo.....	15
TABELA 5 - Comparação de CPO em levantamentos epidemiológicos nacionais	23
TABELA 6 - Resultados do projeto SB BRASIL (2003)	24
TABELA 7 - Índices CPO por regiões no Projeto SB BRASIL-2010	24

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Questionário aplicado na Estimativa Rápida	30
QUADRO 2 - Priorização dos problemas	31
QUADRO 3 - Desenho das operações para os nós críticos identificados	34
QUADRO 4 - Recursos críticos e análise de viabilidade das operações.....	36
QUADRO 5 - Plano operativo	37

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição geográfica das equipes de ESF	16
FIGURA 2 - Fatores etiológicos da cárie dentária	22
FIGURA 3 - Desenho esquemático Igualdade x Equidade	26
FIGURA 4 - Causas e conseqüências do problema priorizado	33

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CES	Centro de Especialidade em Saúde
CPO	Dentes cariados, perdidos e obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnica em Saúde Bucal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USB	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1 Cárie Dentária	22
5.2 A Cárie Dentária no Brasil	23
5.3 A Iniquidade e Polarização da Doença Cárie Dentária	25
5.4 Promoção de Saúde Bucal e Prevenção da Doença Cárie Dentária	26
5.4.1 Educação em Saúde	26
5.4.2 Controle da Placa Dental	27
5.4.3 Uso do Flúor	28
6 PLANO DE AÇÃO	30
6.1 Problema Priorizado	30
6.2 Descrição e Explicação do Problema	31
6.3 Nós Críticos	34
6.4 Desenho das Operações	34
6.5 Identificação dos Recursos Críticos e Análise de Viabilidade do Plano	35
6.6 Plano Operativo	37
7 DISCUSSÃO E RESULTADOS	40
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Tema recorrente entre a literatura odontológica, a cárie dentária se mostra ainda nos dias de hoje uma doença que atinge boa parcela da população. A cárie precoce e severa na infância é um problema de saúde pública e todos os profissionais de saúde devem estar atentos para esse problema (LOSSO *et al.*, 2009). A saúde bucal não deve ser vista dissociada da saúde geral.

A cárie dentária deve ser considerada como lesão das estruturas dentárias de causa local, provocada pelo desequilíbrio de fatores considerados fisiológicos. Uma estratégia de prevenção deve ser, nessa ótica, a busca pelo equilíbrio biológico, sem perder de vista a qualidade de vida do ser humano (LIMA, 2007). Mudanças de hábitos comportamentais através de educação, controle de placa através de escovação e fluoroterapia podem ser considerados de importância no estabelecimento de estratégias preventivas.

Os profissionais da saúde têm a responsabilidade de atuar na prevenção de doenças, minimizando os riscos e promovendo condições favoráveis para que se torne possível alcançar e manter a saúde bucal. Por outro lado, as crianças e seus pais ou responsáveis também precisam ser conscientizados sobre os seus papéis nos cuidados com a saúde bucal (BARDAL *et al.*, 2011).

Apesar de a saúde bucal estar na pauta das políticas de saúde pública, diversos trabalhos mostraram que o declínio da doença cárie, demonstrada através de índices CPOD, não acontece por igual em todas as camadas sócio-econômicas da população, ocorrendo uma polarização da doença (NARVAI *et al.*, 2006; ANTUNES; NARVAI, 2010). Coimbra *et al.* (2012) destacaram que usuários que têm acesso ao serviço odontológico com maior frequência, com condições de realizarem consultas e procedimentos em âmbito privado, possuem menor incidência da doença. Os fatores socioeconômicos influenciam de forma significativa o processo saúde-doença. Programas e intervenções em saúde socialmente sensíveis devem visar à redução de níveis de morbidades bucais, bem como de suas desigualdades.

Ao iniciar os trabalhos na ESF Guanabara, no município de São Gonçalo do Rio Abaixo, Minas Gerais, foi observada situação semelhante ao que a literatura descreve em diversos estudos: lesões cáries ativas em parcela da população com menores condições sócio-econômicas, demanda espontânea crescente fruto de uma política de assistencialismo sem planejamento de ações.

São Gonçalo do Rio Abaixo é um município mineiro situado na mesorregião metropolitana de Belo Horizonte, distante 84 km da capital tendo como principal via de acesso a BR 381. Possui municípios fronteiriços importantes como Itabira e João Monlevade. Sua população, segundo dados do IBGE (2010), é de 9.777 habitantes, tendo como estimativa para 2013, 10.384, sendo que mais da metade da população reside em zona rural (Tabela 1).

TABELA 1: População por situação de domicílio

	1991	2000	2010
População Total	8.322	8.462	9.777
Urbana	3.160	3.759	4.649
Rural	5.162	4.703	5.128
Taxa de Urbanização	37,97%	44,42%	47,6%

Fonte: IBGE (2013).

A população de São Gonçalo do Rio Abaixo se distribui da seguinte forma, por sexo e faixas etárias (Tabelas 2 e 3).

TABELA 2: Número da população de São Gonçalo do Rio Abaixo, de acordo com o sexo.

Sexo	N	%
Masculino	4872	49,8
Feminino	4905	50,2
Total	9777	100

Fonte: IBGE (2103)

TABELA 3: Número da população de São Gonçalo do Rio Abaixo, de acordo com as fases do ciclo de vida.

Ciclo de vida	N	%
Crianças (< 10 anos)	1398	14,3
Adolescentes (entre 10 e 20 anos)	1811	18,5
Adultos (entre 20 e 60 anos)	5442	55,7
Idosos (> 60 anos)	1126	11,5
Total	9777	100

Fonte: IBGE (2103)

A região é pólo na atividade de mineração e siderurgia. Sua extensão territorial (364 km²) abriga uma das maiores e mais produtivas minas de minério de ferro em capacidade inicial de exploração do mundo, a Mina de Brucutu, administrada pela empresa Vale. A implantação da Mina de Brucutu provocou um aumento na arrecadação municipal na ordem de 400% e se apresenta como a maior atividade geradora de riquezas do município. A mina também possibilitou, pelos benefícios gerados, melhorias consideráveis nos índices econômicos e sociais, igualando São Gonçalo a municípios populacionalmente bem maiores.

O abastecimento de água municipal é realizado através da captação direta de água fluvial, sendo parte distribuída sem nenhum tipo de tratamento, 690 metros cúbicos e outra por simples desinfecção, 1010 metros cúbicos (IBGE, 2013). Não existe fluoretação da água do sistema público de abastecimento.

A rede municipal de Saúde conta com 22 Unidades de Saúde, sendo que destas quatro são sedes do Programa de Saúde da Família (PSF) e 13 Unidades Básicas de Saúde (rurais), uma Farmácia Municipal, um Centro de Saúde Municipal, um Centro de Especialidades em Saúde - CES, Setor de Vigilância em Saúde e Núcleo de Atenção Psicossocial Peixe Vivo.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo estrutura sua rede de saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com um território extenso e mais da metade da população residindo em zona rural, o município divide seu território em cinco áreas, com atuações de ESF; quatro equipes são custeadas pelo estado e uma equipe custeada em sua totalidade pelo município. Cada equipe de ESF se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 2500 pessoas de uma determinada área, cobrindo 100% da população. A Figura 1 mostra como é feita a distribuição das áreas territorialmente.

A assistência odontológica no município de São Gonçalo do Rio Abaixo está inserida nas cinco equipes da ESF. Duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) são modalidade 1, formadas por um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal e três equipes são modalidade 2, com a presença de técnicas de saúde bucal. O atendimento é realizado a todos os usuários da área de abrangência das equipes da ESF prestando atenção individual e desenvolvendo ações coletivas sempre voltadas para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. O município conta ainda com uma unidade móvel odontológica para ampliar o acesso da população às ações saúde bucal.

Em 2011 ocorreu um grande projeto de assistência à saúde bucal, com a implantação do "Programa São Gonçalo Sorrindo Mais", no qual foi realizado, em um primeiro momento, levantamento de necessidades e prioridades da população e, a partir desse levantamento, foram contratados mais sete dentistas que atuaram por um ano junto aos dentistas que já faziam parte das equipes de saúde bucal da ESF.

A Tabela 4 mostra alguns dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), onde se pode observar que após esse período de 2011, nos anos seguintes o que se observou foi, independente do número de consultas ofertadas, o número de demanda espontânea permanecendo sempre alto, especialmente após o início do trabalho dessa equipe, em abril de 2013, quando as urgências começam a ocupar boa parte da agenda odontológica (nota: durante o final do ano de 2012 até abril de 2013 as unidades ficaram descobertas de ESB, devido a novo processo seletivo e contratação de profissionais).

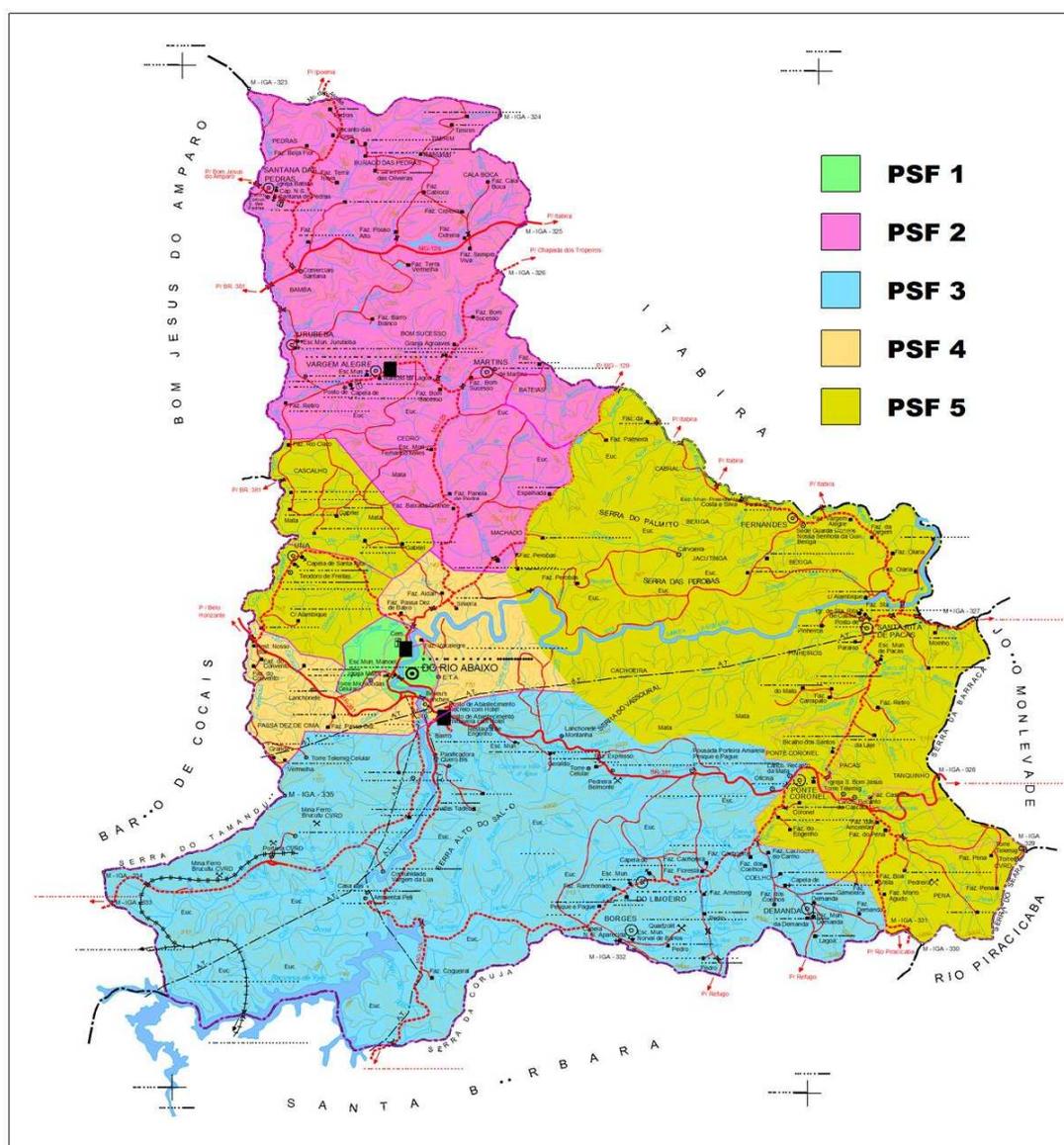
TABELA 4: Dados odontológicos de São Gonçalo do Rio Abaixo

	1ª consulta odontológica	Tratamentos concluídos	Urgência
Janeiro 2012	149	125	121
Fevereiro 2012	118	119	175
Março 2012	88	98	131
Abril 2012	78	71	103
Mai 2012	175	109	131
Junho 2012	125	147	122
Julho 2012	120	137	149
Agosto 2012	129	124	195
Setembro 2012	131	128	151
Outubro 2012	113	109	140
Novembro 2012	56	92	114
Abril 2013	97	36	59
Mai 2013	168	126	102
Junho 2013	209	150	184
Julho 2013	172	161	202
Agosto 2013	201	118	183
Setembro 2013	236	157	221
Outubro 2013	158	141	181
Novembro 2013	198	198	187
Dezembro 2013	145	187	217

Fonte: SIAB – São Gonçalo do Rio Abaixo (2012-2013)

Apesar de esforços para ações restauradoras por parte da Secretaria Municipal em Saúde, o número de lesões cáries, muitas delas com comprometimento pulpar, se mostrava crescente, inclusive em indivíduos que estiveram presentes no projeto do ano de 2011, observado em registros de prontuários odontológicos.

FIGURA 1 – Distribuição geográfica das equipes de ESF



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Rio Abaixo (2013)

2 JUSTIFICATIVA

Apesar de um bom assistencialismo ofertado pela Secretaria de Saúde, ao iniciar os trabalhos em 2013 foi observado que a falta de planejamento de ações, assim como estudos epidemiológicos ou classificações de risco, produziam resultados semelhantes aos de serviços menos estruturados, com mesmas queixas e desejos por parte dos usuários, ou seja, de acordo com os conceitos reproduzidos por Campos, Faria e Santos (2010): boa governabilidade, mas pouca capacidade de governo. Essa observação se deu em grande parte por confrontar tratamentos anteriores de usuários nos prontuários odontológicos, os quais voltavam com as mesmas necessidades pouco tempo após terem recebido alta.

Grupos populacionais em regiões menos favorecidas socioeconomicamente foram os que apresentavam maiores índices de lesões cáries em atividade. Enquanto ainda persistirem diferenças de acesso em função de critérios que não os sanitários, o princípio de equidade não se fará presente no SUS (CAMPOS, 2006). O grande desafio para a saúde pública é a adoção de medidas visando a redução dessa disparidade (NARVAI *et al.*, 2006).

Há que se considerar também que estágios anteriores da doença cárie dentária, antes da cavidade clinicamente instalada, podem ser paralisados através de ações de promoção à saúde e prevenção. Dessa forma, a abordagem restauradora como controle da doença deve ser revista, sendo necessário também intervir sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações (MINAS GERAIS, 2007).

A grande procura por parte da população por tratamentos odontológicos para recuperação após sequelas da doença cárie demonstrou um cenário que precisava de maior planejamento para melhoria do acesso, assim como ações de prevenção e promoção de saúde. Sendo assim, foi proposta uma estimativa rápida para identificação de problemas e nós críticos, assim como elaboração de planos de ação para a equipe.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação a equipe de Saúde Bucal da ESF Guanabara, em São Gonçalo do Rio Abaixo.

3.2 Objetivos Específicos

- . Prevenir a incidência de cárie dentária na população;
- . Melhorar o acesso aos serviços odontológicos;
- . Realização de Estimativa Rápida;
- . Identificação de problemas e eleição de um deles para enfrentamento;
- . Identificação dos nós críticos para esse problema;
- . Elaboração de planos de ação para controle da doença cárie dentária.

4 METODOLOGIA

O trabalho se deu em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração de plano de intervenção.

Como parte inicial do diagnóstico situacional, foi realizada uma reunião com a equipe ESF Guanabara com exposição do objetivo do trabalho. O questionário para a estimativa rápida foi apresentado às agentes comunitárias de saúde (ACS), que elegeram um informante-chave de cada micro-área após receberem orientações de como seria o perfil desse usuário. De acordo com Campos, Farias e Santos (2010), seriam os cidadãos que pudessem refletir com maior fidelidade sobre condições de vida da população ou parte desta. O questionário abordou temas como acesso a kits de higiene bucal pelas famílias, acesso a orientações sobre higiene bucal, hábitos alimentares deletérios e acesso a tratamentos dentários.

Com os dados coletados, foi realizada nova reunião com a equipe para discussão e análise dos mesmos. Através da observação direta de seu trabalho cotidiano, as ACS também contribuíram relatando os problemas mais questionados pelos usuários de suas áreas.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foram feitas buscas sobre o tema em sites como SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Lilacs (Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) sobre saúde bucal. Foram usados os descritores: “cárie dentária”, “saúde bucal”, “planejamento em saúde” e “atenção primária à saúde”, além de pesquisa em materiais do Ministério da Saúde e Biblioteca Virtual do NESCON/UFMG sobre o tema abordado.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi o método usado nesse trabalho. Foi desenvolvido pelo economista chileno, Prof. Carlos Matus, na década de 80, como proposta teórico-metodológica para planejar e governar. Matus diz não haver um único diagnóstico nem verdade objetiva e define o planejamento como uma ferramenta de liberdade, permitindo explorar possibilidades e escolher, estando a razão em predomínio sobre as circunstâncias (CARAZZATO, 2000).

Na organização dos serviços de saúde, o ato de planejar cria a possibilidade de compreender a realidade, principais problemas e necessidades da população. A análise e busca de soluções para esses problemas resultam em um plano de ação, com ações estratégicas, metas, acompanhamento e avaliação das operações (BRASIL, 2008). Quando o PES é adotado como ferramenta de gestão em saúde

pública, a organização do trabalho se baseia nos princípios do SUS, promovendo a participação da comunidade, baseando-se em estudos epidemiológicos para estabelecimento de prioridades e alocação de recursos (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Todo método de planejamento possui passos ou etapas sistemáticas como uma seqüência lógica de ações. No PES são identificados quatro momentos: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional. Esses momentos, embora com especificidades, têm um caráter dinâmico, estando intimamente articulados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na primeira etapa, momento explicativo, busca-se conhecer a situação atual. Tanto informações objetivas, como dados quantitativos, como subjetivas, como percepção de diversos atores sobre os problemas, servem para identificar, descrever e explicar os problemas (primeiros passos do PES). Nessa etapa, o método de Estimativa Rápida é um modo de se obter informações num curto espaço de tempo e sem altos gastos, envolvendo a população na identificação de suas necessidades, assim como os atores sociais.

Em etapa seguinte vem o momento normativo quando soluções para os problemas identificados anteriormente são propostas. Nesse momento de elaboração de propostas deve ser feita análise de natureza interna, relacionadas com a instituição, como externa, que se refere ao SUS, bem como o tempo que a resolução dos problemas requer.

A terceira etapa é o momento estratégico. Nessa etapa são analisados os recursos econômicos, financeiros e políticos, construindo viabilidade para as propostas elaboradas, com estratégias e objetivos traçados. É o momento de análise dos nós críticos, que é a causa principal predominante em um problema. Desenho de operações, análise de recursos críticos e viabilidade do plano, além do plano elaborado propriamente dito se constituem passos dentro dessa etapa.

A etapa final, denominada momento tático-operacional, é o momento de execução do plano. Nesse momento também se faz necessário acompanhamento e avaliação, flexibilizando o planejamento quando necessário, mas garantindo sua efetividade e eficácia.

Identificados os problemas levantados pela equipe, primeiro passo do planejamento, a etapa seguinte foi definir a prioridade de cada um deles e selecionar um para enfrentamento. Com a eleição de um problema de maior relevância, foi feita

a identificação dos nós críticos a serem enfrentados e o desenho das operações a serem realizadas. Em seguida foram analisados os recursos críticos e análise da viabilidade com a identificação dos atores que interagem no plano. Finalizando os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi elaborado um plano operativo com definição de prazos.

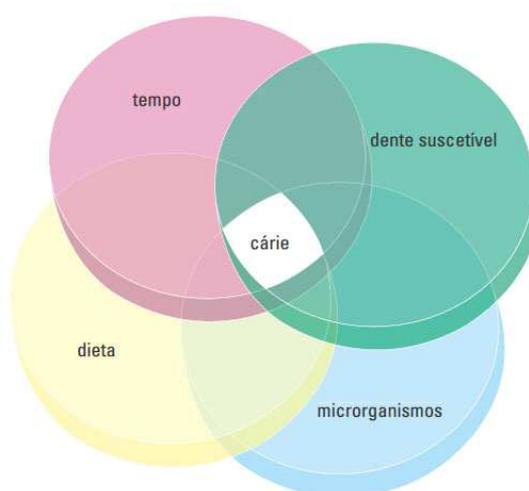
Tendo os programas já elaborados, o trabalho final foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde tendo em vista que muitas das ações apresentadas a tinham como ator de viabilidade.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Cárie Dentária

Teoricamente, a cárie dentária pode ser definida como uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dependente de dieta, que produz desmineralização das estruturas dentárias. Em um conceito mais amplo, além dos três fatores definidos anteriormente (dente, bactérias e dieta) a doença depende também do fator tempo, surgindo como um processo crônico, que aparece após algum tempo da presença e interação dos mesmos (NEWBRUM, 1983; THYLSTRUP e FEJERSKOV, 1995), conforme ilustrado na Figura 2. A instalação de uma lesão de cárie depende da freqüência de uma dieta cariogênica (açúcares) e do controle periódico da placa.

FIGURA 2: Fatores etiológicos da cárie dentária



Fonte: Lima (2007).

Lima (2007) defende em seu trabalho que só pode ser entendido como cárie quando essa desmineralização se torna irreversível e com presença de sinais clínicos. Considera-se não somente o ponto de vista científico, ultraestrutural, mas também o ponto de vista do paciente, que entende como cárie somente as lesões com sinais clínicos.

Entende-se então que a cárie dentária é uma doença, que tem como consequência a lesão cariosa, com determinantes sociais (PALMIER *et al.*, 2013).

5.2 A Cárie Dentária no Brasil

O século XX teve, em quase sua totalidade, a prática de saúde bucal praticada em consultórios particulares, modelo conhecido como “odontologia de mercado”. O modelo de saúde pública que predominou no Brasil na metade final do século foi o “Sistema Incremental”, que privilegiava o tratamento odontológico de escolares de 7 a 14 anos de idade. O modelo não apresentou os resultados esperados, uma população adulta saudável, e os adultos e idosos de hoje apresentam elevado percentual de perda de elementos dentais (PALMIER *et al.*, 2013).

Apenas em 1988, quando o SUS foi instituído (BRASIL, 1988), é que os modelos excludentes até então existentes mudaram a ótica e princípios como universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde e passaram a fazer parte das pautas de políticas de saúde pública.

Os levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde em 1986 (BRASIL, 1986) e 2003 (BRASIL, 2004) mostraram o declínio da atividade da doença cárie na população refletindo as mudanças das políticas públicas, com ações de prevenção e reorganização dos serviços.

TABELA 5: Comparação de CPO em levantamentos epidemiológicos nacionais

	1986	2003
CPO	6,7	2,78

Fonte: Brasil (1986); Brasil (2004).

O levantamento concluído em 2003, conhecido como Projeto SB BRASIL-2003 evidenciou índices mais elevados da doença cárie em regiões menos favorecidas socioeconomicamente (BRASIL, 2004) (Tabela 6).

TABELA 6: Resultados do projeto SB BRASIL (2003)

Idade		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
5 a 6 anos	Brasil 2003	35,04%	34,92%	44,92%	48,65%	41,73%	40,62%
	Meta OMS	50% livres de cáries					
12 anos	Brasil 2003	3,13	3,19	2,30	2,31	3,16	2,78
	Meta OMS	CPO-D menor que 3,0					
18 anos	Brasil 2003	39,13%	45,07%	66,53%	66,55%	65,74%	55,09%
	Meta OMS	80% com o componente perdido do CPO-D=0 (todos os dentes presentes em boca)					
35 a 44 anos	Brasil 2003	46,34%	49,97%	62,35%	55,13%	58,36%	53,96%
	Meta OMS	75% com 20 ou mais dentes naturais presentes em boca					
65 a 74 anos	Brasil 2003	8,58%	11,07%	9,32%	10,41%	11,22%	10,23%
	Meta OMS	50% com 20 ou mais dentes naturais presentes em boca					

Fonte: BRASIL (2004).

A análise dos resultados também destaca que apenas na população de 12 anos, o índice ficou dentro da meta da Organização Mundial de Saúde (OMS), explicado em parte pela fluoretação da água e uso de dentifrícios fluoretados. Além disso, o quadro mostra o reflexo de desassistência durante muitas décadas à população de adultos e idosos.

Um aliado importante aos sanitaristas na prevenção à doença cárie dentária é o uso do flúor, especialmente quando ocorre a introdução do mesmo nas águas de abastecimento público. O uso e estudo do flúor acompanham a evolução da odontologia e, diretamente, a diminuição dos índices de cárie. Vários estudos já foram realizados, como o de Viegas (1970) e Castellanos (1983), mostrando como resultados a redução do número de lesões cáries da população estudada

O novo levantamento realizado em 2010, Projeto SB BRASIL - 2010 (BRASIL, 2010), mostrou que ainda nos dias de hoje as diferenças regionais merecem destaques com relação aos índices de doença cárie.

TABELA 7 – Índices CPO por regiões no Projeto SB BRASIL-2010

Idade	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
12 anos	3,16	2,63	2,63	2,06	1,72

Fonte: BRASIL (2010)

5.3 A Iniquidade e Polarização da Doença Cárie Dentária

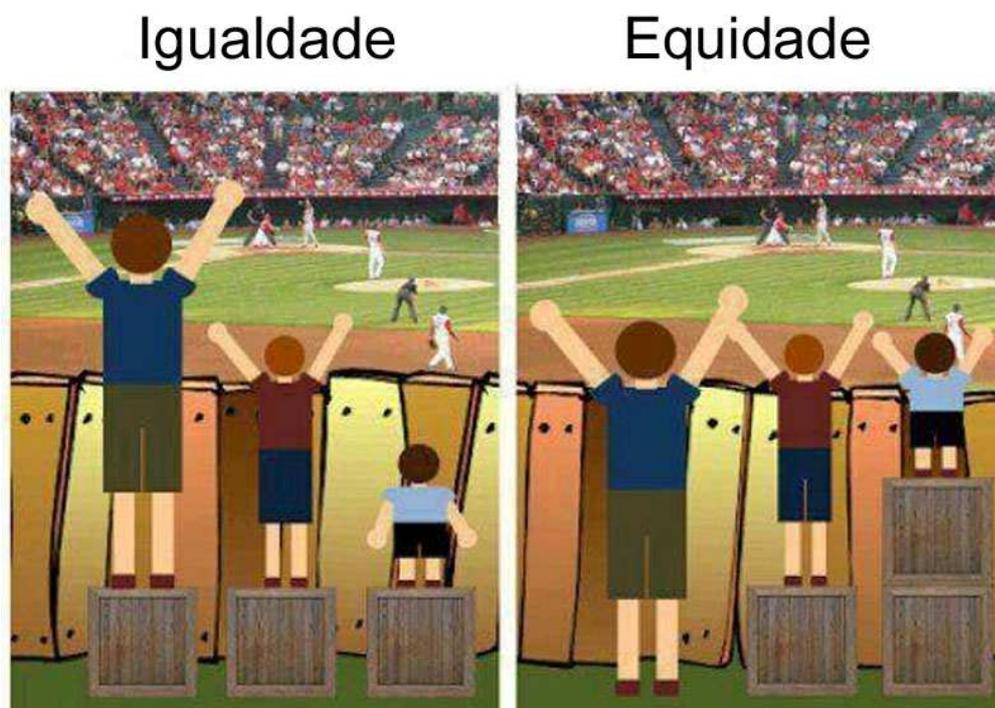
Ao se observar os dados de estudos epidemiológicos mais recentes, assim como demonstrado na Tabela 7, percebe-se que, apesar dos avanços inegáveis no declínio da doença cárie, ainda persiste um quadro de iniquidade na distribuição da mesma, que pode ser explicado pelas precárias condições de existência de uma parcela da população (NARVAI *et al.*, 2006).

Fernandes e Peres (2005) mostraram que municípios com piores condições socioeconômicas estão associados a maior proporção de procedimentos mutiladores (exodontias).

A diferença dos índices de lesões cariosas ultrapassa as fronteiras das macro-regiões do país. Um estudo desenvolvido por Antunes *et al.* (2006) mostrou que a doença cárie dentária possui desigualdades socioeconômicas e geográficas; pretos e brancos, residentes em zonas urbanas ou rurais e estudantes de escolas públicas ou privadas mostraram diferenças. Em outro estudo, Bastos *et al.* (2009) mostraram as desigualdade entre os indivíduos de uma mesma região, com piores condições afetando sistematicamente pardos ou pretos.

Políticas de saúde pública introduzidas sem planejamento estratégico acabam tendo efeito indesejável de ampliar as desigualdades, quando não permitem a universalidade e direcionamento dos recursos aos com maiores necessidades (ANTUNES; NARVAI, 2010). Programas e intervenções em saúde socialmente sensíveis devem visar a redução de níveis de morbidades bucais, bem como de suas desigualdades.

Do ponto de vista dos princípios do SUS, universalidade significa que o SUS é para todos e a integralidade significa que é tudo; ou seja, o SUS deve assegurar tudo para todos, o que se traduz em um grande desafio (SOUZA, 2007). Porém, dar o tratamento justo à correspondente necessidade de cada um é o que define a equidade, e é onde o sistema pode dizimar as desigualdades.

FIGURA 3 - Desenho esquemático Igualdade x Equidade

Fonte: Autoria Própria (2014).

Dessa forma, os autores são unânimes em citar as medidas de prevenção e promoção de saúde como os pontos básicos nas políticas de saúde bucal, pois se pode atingir um número maior de pessoas, independente de classe social, sexo ou raça. Programas de educação em saúde, escovação supervisionada, fluoretação da água de abastecimento público são exemplos dessas medidas. Com exceção da fluoretação da água, as demais ações estão diretamente ligadas ao cirurgião-dentista como ator desse processo.

5.4 Promoção de Saúde Bucal e Prevenção da Doença Cárie Dentária

5.4.1 Educação em Saúde

A educação em saúde tem por finalidade difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam agregar elementos à vida dos indivíduos, tornando-os capazes de melhorar sua qualidade de vida, gerindo o processo saúde-doença através de mudanças de hábitos (BRASIL, 2008). É importante, nesse processo, que haja uma contextualização com o território que se está atuando. A maioria das

abordagens utilizadas em educação para saúde bucal se preocupa em aspectos biológicos e técnicos das principais doenças bucais, sem preocupação de compreensão do contexto da vida humana que ali está ocorrendo.

O conteúdo para as ações coletivas devem abordar temas como: o modo como se manifestam e se previnem as principais doenças bucais; a importância da higiene oral, uso correto da escova e fio dental; orientações gerais sobre dieta; orientações para auto-exame da boca; prevenção ao tabagismo; dentre outras.

Para promover saúde os profissionais precisam mudar sua postura de olhar curativo para uma forma de abordagem preventiva. A postura de coercitiva deve dar espaço a uma postura de aconselhamento e apoio, visando a autonomia do próprio indivíduo (SOUSA; MENEZES; PEREIRA, 2007).

No caso da promoção de saúde em crianças é imprescindível a motivação dos pais ou responsáveis para a importância da saúde bucal de seus filhos, assim como responsabilizá-los no processo de manutenção de saúde dos mesmos. É muito comum os pais se sentirem livres dessa responsabilidade ao levarem as crianças ao dentista, transferindo para o profissional o único papel de promover a saúde bucal das crianças (ALVES *et al.*, 2004). É interessante proporcionar aos pais espaços de falas e exposições de idéias e dúvidas, para construir ações e orientações coerentes à suas realidades e às necessidades de seus filhos (MASSONI *et al.*, 2010).

Agentes de importância fundamental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os ACS desempenham um papel relevante como veículo multiplicador de conhecimentos e informações, mediando o saber popular e o técnico-científico (NUNES *et al.*, 2002). Através das visitas domiciliares, os ACS podem conhecer melhor as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolver o trabalho educativo. Sendo assim, é importante realizar um trabalho de educação permanente com os mesmos de forma que eles se tornem multiplicadores do conhecimento junto à comunidade onde atuam.

5.4.2 Controle da Placa Dental

Genericamente a placa dental pode ser definida como comunidades microbianas aderidas a superfícies dentárias, extremamente organizadas e interagindo com o meio pelo qual são banhadas, a saliva (GRANER *et al.*, 2005).

Por ser um dos fatores responsáveis no surgimento da cárie dentária, conforme descrito em tópico anterior, a placa dental é um elemento a ser enfrentado no processo de combate dessa doença. Controle de placa dental tem como consequência controle da cárie dentária assim como da inflamação gengival. Quanto maior o intervalo de tempo sem controle de placa, aliado a outros fatores etiológicos como a dieta, mais intensa será a lesão cariosa (LIMA, 2007).

Métodos mecânicos como utilização de escova dental e fio dental, quando aplicados de forma eficiente, conseguem promover um correto controle de placa (BARDAL *et al.*, 2011). A desorganização da placa, através desses métodos, impede que ela se torne madura, espessa, facilitando a autolimpeza pela saliva.

As escovações dentais supervisionadas devem ser instrumentos de medidas educativas e preventivas (BRASIL, 2008). Devem ser realizadas de forma coletiva (grupo de pessoas) e usar os espaços sociais como creches, escolas além dos espaços das unidades de saúde. As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvo dessas ações, tanto pelo impacto que medidas educativas exercem nessa idade, quanto pela importância na formação de hábitos futuros.

5.4.3 Uso do Flúor

A superfície dentária se encontra em um processo contínuo de desmineralização e remineralização do esmalte. A lesão cariosa acontece quando a desmineralização ocorre em níveis irreversíveis (LIMA, 2007). Essa remineralização repara processos iniciais, em lesões não cavitadas, e os novos cristais formados, quando na presença de flúor, são muito menos solúveis em ácidos do que a superfície de esmalte original (FEATHERSTONE, 2008). Por isso a presença contínua de flúor é importante ao longo da vida do indivíduo.

Já na década de 70, Viegas (1970) traz um estudo de um ano mostrando a diminuição do número de lesões cariosas em indivíduos através do uso de aplicações tópicas de solução de flúor. Castellanos, em 1983, apresenta os resultados de seu estudo com diminuição do percentual de lesões cariosas entre escolares através do uso de bochechos fluoretados.

Desde o terço final do século XX o flúor já era preconizado como política de prevenção a cárie dentária. Pode-se observar isso pela comparação dos resultados dos levantamentos epidemiológicos de 1986 e 2003, com uma diminuição dos

índices tendo o flúor, através da fluoretação da água e utilização de dentifrícios fluoretados, um grande grau de responsabilidade.

Porém um fator a ser monitorado com o uso do flúor é a fluorose dental, onde, dependendo da dose de flúor absorvida pelo indivíduo em fase de formação de esmaltes dentários, onze meses a sete anos de idade, uma quantidade maior desse flúor pode causar alterações nesse processo e resultar em aspectos clínicos diferentes do normal (VILHENA *et al.*, 2008).

Portanto, a fluoretação da água é reconhecidamente um importante fator na redução da doença cárie. Deve ser política pública a implantação de água fluoretada em sistemas de abastecimento, além do seu monitoramento, a fim de que o teor de flúor seja mantido dentro dos padrões adequados para o controle da cárie e prevenindo a fluorose (RAMIRES e BUZALAF, 2007).

6 PLANO DE AÇÃO

A busca para se obter resultados diferentes do usual faz com que o planejamento se torne tão importante no processo de trabalho. A percepção direta de queixas por parte dos usuários que retornavam com os mesmos problemas devidos a seqüelas da doença cárie dentária na ESF Guanabara trouxe à equipe reflexão para mudança de atitudes. O Planejamento Estratégico Situacional foi a ferramenta utilizada para planejamento das ações.

O método de Estimativa Rápida foi utilizado para definição dos problemas. As ACS elegeram informantes-chave de suas respectivas áreas. Foi elaborado um questionário abordando os seguintes temas: acesso a kits de higiene bucal pelas famílias, acesso a orientações sobre higiene bucal, hábitos alimentares deletérios e acesso a tratamentos dentários. O Quadro 1 mostra as perguntas formuladas.

QUADRO 1: Questionário aplicado na Estimativa Rápida

As famílias têm acesso a kits de higiene bucal (escovas, pastas e fios dentais)?
Algum membro da família já recebeu orientações sobre higienização da boca (técnicas de escovação, uso correto do fio dental)?
Como é o hábito de higiene bucal da família (frequência de escovações, uso de fio dental, etc)?
Nos hábitos alimentares, especialmente das crianças, há consumo excessivo de açúcar durante muitos momentos do dia?
Alguém da família já teve problemas de dores tendo como causa os dentes?
A família já teve acesso ao tratamento odontológico no último ano? Se sim, foi completo ou necessitou de especialidades que ainda não foi atendida? Se não, qual o motivo?

Fonte: Autoria Própria (2014).

Além dos resultados da Estimativa Rápida, a equipe se reuniu e discutiu, através da observação ativa das ACS no território e coleta de dados em registros existentes, quais os problemas existentes, elegendo um como prioritário.

6.1 Problema Priorizado

Os problemas foram identificados, analisados e selecionados (Quadro 2) quanto à prioridade segundo os seguintes critérios:

- Atribuindo um valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- Distribuindo pontos conforme sua urgência, valores de 0 a 10, sendo 0=menor urgência e 10=maior urgência;
- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção.

QUADRO 2: Priorização dos problemas

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de cárie dentária	Alta	8	Parcial	1
Demora no agendamento odontológico	Alta	8	Parcial	1
Grande número de urgências odontológicas	Alta	7	Parcial	2
Ausência de fluoretação da água de abastecimento municipal	Alta	6	Fora	3

Fonte: Autoria Própria (2014)

Devido à quantidade de lesões cariosas que apareciam no cotidiano do atendimento da equipe e frente a uma demanda reprimida existe para tratamentos restauradores, a cárie dentária foi o problema priorizado para enfrentamento.

6.2 Descrição e Explicação do Problema

Apesar do município de São Gonçalo do Rio Abaixo ter realizado em 2011 um programa de atendimento à população para realização de procedimentos restauradores àqueles necessitados, mais de 50% desses indivíduos compareceram ao serviço novamente com novas lesões ativas. Essa observação foi através dos registros existentes em prontuários clínicos.

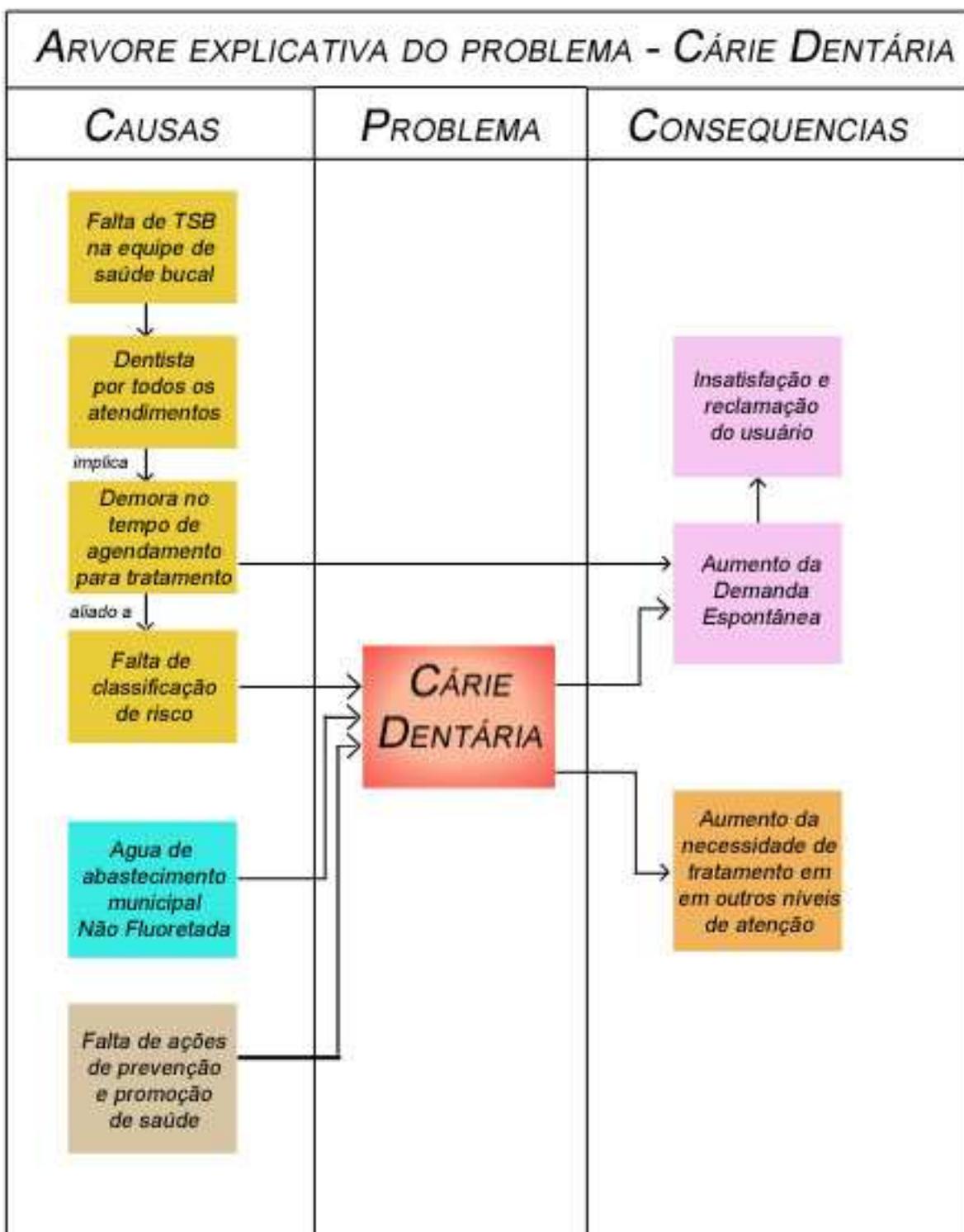
A não fluoretação da água municipal e falta de políticas que promovem a promoção e prevenção de saúde tendem a gerar maiores concentrações de indivíduos doentes, sobrecarregando o sistema. Promoção e prevenção de saúde

como realização de bochechos fluoretados semanais são clássicas já na literatura odontológica (VIEGAS,1970; CASTELLANOS, 1983). A relação de consumo de açúcar e cárie dentária não se mostra tão forte quando comparada quando utiliza-se o flúor. Assim, programas de escovações supervisionadas, para possibilitar que o paciente tenha melhor controle na remoção de placa, têm ações efetivas (MALTZ *et al.*, 2010).

Devido a falta de protocolos clínicos bem estabelecidos, falta de classificação de risco ou estudos epidemiológicos para estruturação da agenda odontológica, o acesso ao serviço da saúde bucal se encontra no sistema de filas de espera, onde nem sempre aqueles que têm maiores necessidades são atendidos. Proporcionar um serviço mais estruturado, que se pautar nos princípios da universalidade e equidade, priorizando de acordo com os critérios de risco ou necessidades, deve ser a pauta das agendas dos serviços de saúde bucal (SABATINO, 2013).

.As causas e consequências do problema selecionado foram graficamente representadas na Figura 4.

FIGURA 4: Causas e consequências do problema priorizado



Fonte: Autoria Própria (2013)

6.3 Nós Críticos

Os nós críticos identificados pela equipe foram:

- Hábitos e estilo de vida inadequados;
- Falta de informação;
- Falta de acesso ao flúor;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe.

6.4 Desenho das Operações

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas como mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPO; FARIAS; SANTOS, 2010) (QUADRO 3).

QUADRO 3: Desenho das operações para os nós críticos identificados

Nó crítico: Processo de trabalho da equipe	Operação / Projeto	Programa Dente de Leite
	Resultados esperados	Acompanhamento semestral de todas as crianças de 0 a 2 anos cadastradas na Unidade de Saúde. Pais mais informados sobre bucal dos recém-nascidos.
	Produtos esperados	Atendimento e acompanhamento semestral com todas as crianças de 0 a 2 anos em consultas realizadas juntamente com a puericultura marcadas com a enfermeira da unidade; Entrega de cartilhas para os pais referente aos cuidados da saúde bucal do bebê.
	Recursos necessários	Financeiro – impressão de cartilha educativa para os pais. Organizacional – planejamento de agendas em conjunto com a enfermeira da equipe.
Nós críticos: Falta de acesso ao flúor; Falta de informação	Operação / Projeto	Programa Primeira Infância
	Resultados esperados	Diminuição do número de crianças de 02 a 05 anos com lesões cáries através de prevenção promoção e de saúde.
	Produtos esperados	Realização de escovações supervisionadas com os escolares; Utilização de bochechos fluoretados semanais nas escolas municipais.
	Recursos necessários	Político – articulação com Secretaria de Educação Financeiro – aquisição de kits de higiene oral para distribuição entre alunos. Político – contratação de um Técnico em Saúde Bucal para a realização contínua dessas campanhas.

Nó crítico: Estruturas do serviço de saúde	Operação / Projeto	Programa Mais Acesso
	Resultados esperados	Aumentar a cobertura odontológica à população adscrita com maior número de vagas para tratamento ofertadas; Realizar atendimentos em horários diferenciados para trabalhadores; Identificar e classificar as necessidades da população com relação à saúde bucal;
	Produtos esperados	Agendamento de retornos e limpezas para o TSB; Atendimento odontológico de usuários em horários que lhes permitam comparecer sem faltar ao trabalho; Classificação de risco da população para maior equidade no agendamento e acesso; Identificação das crianças com necessidades de intervenção odontológica através desse contato com os escolares e através de participação em campanhas de vacinação entre crianças do município.
Recursos necessários	Político – contratação de um Técnico em Saúde Bucal (TSB). Financeiro – instalação de mais um consultório odontológico na Unidade de Saúde. Político – permissão para atendimentos em horários após o de funcionamento da Unidade e participação em campanhas de vacinação juntamente com restante da equipe.	
Nó crítico: Hábitos e estilo de vida inadequados; Falta de informação	Operação / Projeto	Programa Consciência Saúde Bucal
	Resultados esperados	Aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal, principais doenças e fatores de risco.
	Produtos esperados	Utilização de horário em rádio local para abordar temas relacionados à Saúde Bucal; Programa de Educação Continuada com ACS; Distribuição de cartilhas direcionadas à conscientização da população sobre cuidados com higiene oral e saúde bucal; Utilização de outras ferramentas como grupos operativos e visitas domiciliares.
Recursos necessários	Político – conseguir espaço na rádio local. Financeiro – impressão de cartilhas para distribuição em visitas domiciliares. Organizacional – treinamento das ACS em programa de educação continuada sobre temas relacionados à saúde bucal.	

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.5 Identificação de Recursos Críticos e Análise de Viabilidade do Plano

A avaliação da viabilidade de execução de um plano de ação é fundamental. Uma das ações de análise da viabilidade das operações contempla a identificação dos recursos críticos, os atores que os controlam e seu grau de motivação para a realização dessas ações. O Quadro 4 descreve esses fatores.

QUADRO 4: Recursos críticos e análise de viabilidade das operações propostas

Programa	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Programa Dente de Leite	Financeiro – impressão de cartilha educativa para os pais.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Providenciar a confecção do material impresso junto ao gestor; Marcação de agenda em conjunto com enfermeiro da UBS.
	Organizacional – planejamento de agendas em conjunto com a enfermeira da equipe.	Equipe ESF	Favorável	
Programa Primeira Infância	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Programa Primeira Infância	Político – articulação com Secretaria de Educação.	Secretaria Municipal de Educação	Favorável	Solicitação à Secretaria de Educação de espaço na agenda escolar para realização das atividades semanais;
	Financeiro – aquisição de kits de higiene oral para distribuição entre alunos.			
Programa Primeira Infância	Político – contratação de um Técnico em Saúde Bucal para a realização contínua dessas campanhas.	Secretaria Municipal de Saúde	Indiferente	Solicitação ao gestor a contratação de Técnico de Saúde Bucal (TSB) e compra de bochecho fluoretado.
Programa Mais Acesso	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Programa Mais Acesso	Político – contratação de um Técnico em Saúde Bucal (TSB).	Prefeito Municipal	Indiferente	Apresentação do projeto ao gestor; Solicitar ao gestor a contratação do TSB; Montagem de mais um consultório de atendimento na UBS;
	Financeiro – instalação de mais um consultório odontológico na Unidade de Saúde.			
	Político – permissão para atendimentos em horários após o de funcionamento da Unidade e participação em campanhas de vacinação juntamente com restante da equipe.			

Programa Consciência Saúde Bucal	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
	<p>Político – conseguir espaço na rádio local.</p> <p>Financeiro – impressão de cartilhas para distribuição em visitas domiciliares.</p> <p>Organizacional – treinamento das ACS em programa de educação continuada sobre temas relacionados à saúde bucal.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Equipe ESF</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Providenciar a confecção do material impresso junto ao gestor;</p> <p>Educação Permanente de ACS;</p> <p>Solicitação de horário junto à rádio local.</p>

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.6 Plano Operativo

As ações necessárias para alcançar os objetivos, os responsáveis por ela e também o prazo definido constituem o Plano Operativo, assim como é demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5: Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Programa Dente de Leite	<p>Acompanhamento semestral de todas as crianças de 0 a 2 anos cadastradas na Unidade de Saúde.</p> <p>Pais mais informados sobre bucal dos recém-nascidos</p>	<p>Atendimento e acompanhamento semestral com todas as crianças de 0 a 2 anos em consultas realizadas juntamente com a puericultura marcadas com a enfermeira da unidade;</p> <p>Entrega de cartilhas para os pais referente aos cuidados da saúde bucal do bebê.</p>	<p>Providenciar a confecção do material impresso junto ao gestor;</p> <p>Marcação de agenda em conjunto com enfermeiro da UBS.</p>	<p>Cirurgião-dentista e Enfermeiro da ESF</p>	<p>Um mês para adequação da agenda e impressão de material.</p>

Programa Primeira Infância	Diminuição do número de crianças de 02 a 05 anos com lesões cáries através de prevenção promoção e de saúde.	Realização de escovações supervisionadas com os escolares; Utilização de bochechos fluoretados semanais nas escolas municipais.	Solicitação à Secretaria de Educação de espaço na agenda escolar para realização das atividades semanais; Solicitação ao gestor a contratação de Técnico de Saúde Bucal (TSB) e compra de bochecho fluoretado.	Cirurgião-Dentista Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) Técnico de Saúde Bucal (TSB) Monitores escolares	Um mês para início dos bochechos. Seis meses para contratação do TSB.
Programa Mais Acesso	Aumentar a cobertura odontológica à população adscrita com maior número de vagas para tratamento ofertadas; Realizar atendimentos em horários diferenciados para trabalhadores; Identificar e classificar as necessidades da população com relação à saúde bucal;	Agendamento de retornos e limpezas para o TSB; Atendimento odontológico de usuários em horários que lhes permitam comparecer sem faltar ao trabalho; Classificação de risco da população para maior equidade no agendamento e acesso; Identificação das crianças com necessidades de intervenção odontológica através desse contato com os escolares e através de participação em campanhas de vacinação entre crianças do município.	Apresentação do projeto ao gestor; Solicitar ao gestor a contratação do Técnico de Saúde Bucal; Montagem de mais um consultório de atendimento na UBS; Solicitar permissão para atendimento em horário noturno e participação em campanhas de vacinação.	Cirurgião-dentista	Seis meses
Programa Consciência Saúde Bucal	Aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal, principais doenças e fatores	Utilização de horário em rádio local para abordar temas relacionados à Saúde Bucal; Programa de Educação	Providenciar a confecção do material impresso junto ao gestor; Educação Permanente	Cirurgião-dentista; ACS	Um mês para realização do primeiro treinamento e impressão de material. Treinamentos serão

	de risco.	Continuada com ACS; Distribuição de cartilhas direcionadas à conscientização da população sobre cuidados com higiene oral e saúde bucal; Utilização de outras ferramentas como grupos operativos e visitas domiciliares.	de ACS; Solicitação de horário junto à rádio local.		mensais.
--	-----------	--	--	--	----------

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os estudos epidemiológicos recentes no Brasil demonstram um declínio da doença cárie. O último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, Projeto SB BRASIL - 2010 (BRASIL, 2010), mostrou que além de índices menores CPO-D, que registram dentes “cariados” (C), “perdidos” (P) e “obturados” (O), o componente “obturados” aumentou mais de 50%, associado a uma queda para quase a metade do componente “perdidos”, que se refere a elementos dentários extraídos. Mas apesar de dados animadores, o estudo mostrou que foi pequena a redução na cárie de dentes decíduos (18%) e que há diferenças regionais marcantes na prevalência e gravidade da cárie dentária, indicando a necessidade de políticas públicas voltadas para a equidade na atenção.

Ultrapassando as barreiras das macrorregiões, estudos mostraram que as diferenças existem dentro de uma mesma cidade, onde as desigualdades socioeconômicas dos indivíduos, até mesmo sua raça, determinaram índices maiores de cárie dentária (ANTUNES *et al.*, 2006; NARVAI *et al.*, 2006; BASTOS *et al.*, 2009). Entende-se então que cárie dentária é uma doença com determinantes sociais (PALMIER *et al.*, 2013).

Campos (2006) nos faz uma reflexão: o SUS estaria produzindo equidade? Se pensarmos que o novo modelo redirecionado para a atenção básica ampliou o acesso a milhares de pessoas, ampliação da cobertura vacinal, aumento de cidadãos com possibilidade de tratamento de AIDS, a resposta seria sim. Mas ao mesmo tempo temos como resposta o não quando ainda percebemos as diferenças de acesso em função de critérios que não os sanitários devido a obstáculos decorrentes de gestão e política.

Tendo em vista os fatores etiológicos da cárie dentária, além do histórico de polarização da doença existente na população, os planos foram elaborados de forma a enfrentar esses problemas.

A cárie tipo mamadeira é uma doença com estreita ligação com o hábito prolongado de amamentação e diretamente relacionado ao conteúdo de açúcar presente no líquido. A idade de 0 a 4 anos é fundamental para o condicionamento da criança em relação a ter hábitos de higiene e alimentação saudáveis (RAMOS e MAIA, 1999). Daí a importância dos pais, em especial da mãe que o amamenta na influência da educação em saúde da criança.

Através do Programa Dente de Leite foi possível estabelecer um acompanhamento das crianças recém nascidas até os 02 anos de idade, esclarecendo os responsáveis sobre primeiros cuidados com o bebê e fortalecendo o vínculo da equipe com a população adscrita. As consultas foram realizadas em atendimento conjunto com a enfermeira da unidade, momento em que, além do objetivo proposto, a idéia de equipe de saúde da família era reforçada junto aos usuários.

Por ser um componente importante no processo de remineralização do esmalte dentário (FEATHERSTONE, 2008), o flúor é fundamente agente no processo de prevenção da cárie dentária. Ramires e Buzalaf (2007) afirmaram que as políticas públicas devem garantir a implementação da fluoretação das águas de abastecimento. Estudos anteriores como os de Viegas e Viegas (1985) já demonstraram, em avaliação de dez anos, redução dos índices da doença.

Como a água de abastecimento público de São Gonçalo do Rio Abaixo não é fluoretada (IBGE, 2010), a utilização do bochecho de flúor nas escolas serve como ação de prevenção da doença em crianças, suprimindo a essa falta. Mesmo com a não contratação do Técnico de Saúde Bucal (TSB) para a equipe, os demais existentes no município realizaram essas ações em todas as escolas presentes. Nessas atividades, as TSB também têm oportunidade de fazer uma triagem das crianças com necessidades claras de atendimento, passando uma lista com nomes das mesmas.

A presença da equipe de saúde bucal nas campanhas de vacinação também ocorreu de forma positiva. Além de fazer exames clínicos e triagem em todas as crianças presentes no sábado inicial da campanha, a presença da equipe completa foi muito bem recebida pela população.

A questão da melhoria do acesso foi um ponto que ficou a desejar, tendo que ser reavaliado como etapa final do PES. Até o momento não houve a contratação de um TSB, nem a instalação de novo consultório, com isso a concentração de todos os atendimentos e agendamentos continua com o cirurgião-dentista. Além disso, a gestão não demonstrou interesse em realizar um estudo epidemiológico, nem classificação de risco para mudar a forma de agendamento da população. O fator positivo foi a possibilidade de atendimento em horários noturnos, o que ocorreu de imediato e proporcionou atenção odontológica àqueles que não podiam realizar os agendamentos em horários comerciais.

Sendo um dos princípios da promoção de saúde a população como um todo, essa abordagem deve estar orientada para reduzir as desigualdades sociais (BRASIL, 2008). Programas como palestras em grupos, escovações supervisionadas podem se constituir em exemplos de ações de promoção de saúde (MALTZ *et al.*, 2010).

As escovações supervisionadas das escolas municipais foram realizadas pelos demais TSB das outras equipes presentes no município. A promoção de saúde foi também desenvolvida por nossa Equipe de Saúde Bucal (ESB) em campanhas coletivas de saúde – Dia da Saúde, Dia do Trabalhador – realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, além da participação em grupos operativos de tabagismo, hipertensos e diabéticos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de São Gonçalo do Rio Abaixo dispõe de recursos financeiros de uma forma privilegiada, mas apresenta uma gestão que não faz planejamento adequado de suas ações em Saúde Bucal o que se constitui em boa governabilidade, mas pouca capacidade de governo.

Para que haja diminuição de incidência da doença cárie, faz-se necessário que as políticas públicas invistam não somente em número de consultas ofertadas, mas também em promoção e prevenção de saúde, sendo o uso do flúor um agente eficaz nesse processo.

Para que os princípios do SUS e da Atenção Básica como primeiro contato e equidade sejam contemplados nas agendas odontológicas, é preciso que exista uma organização como a classificação de risco da população adscrita.

Sendo assim, finalizamos esse trabalho com algumas pontuações finais:

- A oferta de consultas para procedimentos odontológicos restauradores, sem devido planejamento das ações não produz efeitos duradouros a longo prazo;
- O planejamento estratégico situacional (PES) se constitui ferramenta fundamental no planejamento das ações;
- Para o agendamento das consultas odontológicas se faz necessário existir uma classificação de risco ou estudo epidemiológico para direcionamento correto dos recursos, tendo em mente o princípio da equidade;
- Ações coletivas de escovação supervisionada e aplicações tópicas de flúor são instrumentos importantes como prevenção da doença e promoção de saúde, uma vez que se pode atingir uma população como um todo;
- É necessário investimento em recursos humanos na composição da equipe (contratação de um TSB) para que o atendimento tenha um caráter mais resolutivo.

REFERENCIAS

1. ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.
2. ANTUNES, J. L. F. *et al.* Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. **Community Dent Oral Epidemiology**, v. 34, n. 2, p. 146-152, 2006.
3. ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, abr. 2010.
4. BARDAL, P. A. P.; OLYMPIO, K. P. K.; BASTOS, J. R. M.; HENRIQUES, J. F. C.; BUZALAF, M. A. R. Educação e motivação em saúde bucal – prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v.16, n.3, mai./jun. 2011.
5. BASTOS, J. L. *et al.* Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, set. 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 137 p.
7. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal: Caderno de Atenção Básica Nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 91 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, 2011. 92p.
10. BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
11. CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, mai./ago. 2006.
12. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2010. 118p.
13. CARAZZATO, J. **Planejamento público: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

14. CASTELLANOS, R. A. Estudo comparativo do efeito de solução de NaF a 0,5%, através de bochecho, escovação e ambos, na prevenção da cárie dental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 461-475, dez. 1983.
15. COIMBRA, M. B. *et al.* Relação entre risco à cárie dentária e variáveis socioeconômicas e demográficas em usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, SP: um estudo longitudinal. **Arquivos de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 142-150, set. 2012.
16. FEATHERSTONE, J. D. Dental Caries: a dynamic disease process. **Australian Dental Journal**, v. 53, n. 3, p. 286-291, set. 2008.
17. FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, dez. 2005.
18. GRANER, R. O. M. *et al.* **Aspectos microbiológicos da placa dental**. Piracicaba. FOP-UNICAMP, 2005. 16 p.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2104.
20. KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, jan./ mar. 2011
21. LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez. 2007.
22. LOSSO, E. M. *et al.* Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 85, n. 4, p. 295-300, ago. 2009.
23. MALTZ, M. *et al.*. Health promotion and dental caries. **Brazilian Oral Reseach**, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 18-25, 2010.
24. MASSONI, A. C. L. T.; PAULO, S. F.; FORTE, F. D. S.; FREITAS, C. H. S. M.; SAMPAIO, F. C. Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.10, n.2, p.257-264, mai./ago. 2010.
25. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. **Saúde Bucal – Atenção Primária**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 290 p.
26. NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.
27. NEWBRUM, E. **Cariology**. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.
28. PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde Bucal: Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 74p.
29. RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

30. RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 303-311, jul. 1999.
31. SABATINO, B. N. **Planejamento em Saúde Bucal com a inclusão de acolhimento e priorização de atendimento**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2013.
32. SOUSA, E. M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. Promoção da Saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em saúde bucal. **RFO**, v.12, n.2, p. 20-26, mai./ago. 2007.
33. SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 765-770, dez. 2007.
34. THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica**. 2 ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995.
35. VIEGAS, Y. Efeito inibidor de cárie dental de uma única aplicação tópica de solução de fluoreto acidulada em adultos jovens: experiência de um ano. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 55-60, jun. 1970.
36. VIEGAS, Y.; VIEGAS, A. R. Análise dos dados de prevalência de cárie dental na cidade de Barretos, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoretação da água de abastecimento público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 287-199, ago. 1985.
37. VILHENA, F. V.; SALES-PERES, S. H. C.; CALDANA, M. L.; BUZALAF, M. A. R. Novo protocolo para as ações de saúde bucal coletiva: padronização no armazenamento, distribuição e uso do material de higiene bucal. **Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v.13, suppl. 2, dez. 2008.