

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EMANUELA DE CARVALHO PEREIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Governador Valadares / Minas Gerais

2013

EMANUELA DE CARVALHO PEREIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Governador Valadares / Minas Gerais

2013

EMANUELA DE CARVALHO PEREIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Profa. Ana Cristina Borges de Oliveira - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 07/12/2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade.

Agradeço a minha família pelo apoio.

Agradeço à ESF - Santa Ruth pela participação ativa no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço aos tutores e professores atenção e dedicação ofertadas durante o curso.

E ao meu professor orientador, agradeço pela paciência, incentivo e sabedoria.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma alternativa para a superação do paradigma dominante no campo da saúde, pois propõe uma mudança na concepção do processo saúde-doença, distancia-se do modelo tradicional centrado na oferta de serviços voltados para a doença, e investe em ações que articulam a saúde à qualidade de vida como um todo. Uma das formas para enfrentar os principais problemas de saúde bucal como cáries e falta de informação, que ocorrem amplamente na área de abrangência da ESF Santa Ruth, poderia ser a criação de alternativas de assistência e cuidado com os usuários que vão além das consultas odontológicas individuais – por exemplo, a priorização das ações coletivas. Essas ações são essenciais em saúde bucal, como uma forma de se avançar em atingir toda a população da área adscrita com medidas relacionadas à educação em saúde como um todo, ao acesso a medidas preventivas e à melhoria da qualidade de vida. O objetivo deste trabalho consiste em elaborar um plano de ação para melhoria e reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) Santa Ruth com vistas ao aumento da oferta de ações coletivas para a promoção da saúde bucal e à minimização dos principais problemas de saúde bucal identificados no Diagnóstico Situacional da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF). Foi realizada previamente uma busca bibliográfica nos periódicos científicos com os seguintes descritores: “cárie dentária”, “promoção da saúde”, “saúde bucal”, “educação em saúde” e “odontologia preventiva”, para a fundamentação teórica. Foram utilizados também, como fontes de pesquisa bibliográfica, os Módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), a Biblioteca Virtual do Nescon-Programa Agora, além de livros e revistas relacionados ao tema. A construção do projeto teve como instrumento norteador as orientações do Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABSF/NESCON. A inclusão de ações coletivas de promoção da saúde bucal constitui uma estratégia para estimular o autocuidado, a autonomia dos indivíduos e incentivar a corresponsabilização no processo saúde-doença.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Promoção da Saúde. Saúde Bucal. Educação em Saúde. Odontologia Preventiva.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is an alternative means of overcoming one of the major paradigms in the health care area, because it proposes a shift in the idea of the health-disease process. Such strategy is different from the traditional model – based on the offering of disease and treatment health care services – as it takes actions towards the pursuit of the quality of life as a whole. One of the ways to face the main oral health problems such as dental caries and lack of information, which largely occur in the area covered by FHS Santa Ruth, could be the designing of alternative ways of assistance and health care beyond private dental visits – for example, by prioritizing collective actions. Such actions are essential for good oral health and as a way to reach the population of the whole area with appropriated health education, preventive measures and improvement of the quality of life. The objective of this study is to design a plan of action for improvement and reorganization of the Santa Ruth Oral Health Team (OHT) working process. It aims to increase the offering of collective actions related to oral health promotion and to minimize the main oral health problems identified by the Family Health Program Situational Diagnosis of the related area. A previous literature review was carried out with the keywords “dental caries”, “promotion of health”, “oral health”, “health education” and “preventive dentistry” for grounded theory. Theory modules from Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), Virtual Library of Nescon-Programa Àgora, text books and magazines related to the studied subject were also used. The project design was based on the Planning and Evaluation of Health Actions from CEABSF/NESCON guidelines. The inclusion of collective actions related to the promotion of oral health is a strategy that improves self care and autonomy of individuals, while it encourages their responsibility in the health-disease process.

Keywords: Dental caries; Health Promotion; Oral Health; Health Education; Preventive Dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Santa Ruth.....	30
Figura 1	- Árvore explicativa do problema.....	32
Quadro 2 A	- Desenho de operações para o “nó” crítico	35
Quadro 2 B	- Desenho de operações para o “nó” crítico	36
Quadro 2 C	- Desenho de operações para o “nó” crítico	37
Quadro 2 D	- Desenho de operações para o “nó” crítico	37
Quadro 3	- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema priorizado	38
Quadro 4 A	- Propostas de ações para a motivação dos atores	39
Quadro 4 B	- Propostas de ações para a motivação dos atores	40
Quadro 5 A	- Plano operativo	41
Quadro 5 B	- Plano operativo	42

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CD – Cirurgião-Dentista

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

CPO-D- Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

CEO-d- Dentes Decíduos Cariados, Extraídos e Obturados

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

LDB- Lei de Diretrizes e Bases para a Educação

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

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

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

Projeto SB- Projeto Brasil Sorridente

PSF – Programa de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAS – Superintendência de Atenção à Saúde

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos	17
4 REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal	18
4.2 Promoção e Educação em Saúde Bucal	22
4.3 Ações intersetoriais	25
5 METODOLOGIA	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Definição dos problemas	29
6.2 Priorização de problemas	30
6.3 Descrição e explicação do problema.....	31
6.4 Seleção dos “nós críticos”	34
6.5 Desenho das operações.....	35
6.6 Identificação dos recursos críticos.....	38
6.7 Análise de viabilidade do plano	39
6.8 Elaboração do Plano Operativo.....	41
7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi estruturado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, a partir de uma lógica longitudinal, buscando garantir o vínculo de compromisso e co-responsabilização entre equipe de saúde, usuários do SUS e a integralidade das ações de saúde (MARQUES, 2009). É uma estratégia para a reorganização da atenção primária que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde.

Somente em março de 2001 a saúde bucal foi incorporada efetivamente às ações do PSF por meio da Portaria MS nº 267, que considerou a necessidade de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, recuperação e de prevenção de doenças e seus agravos e melhorar os índices de saúde bucal (NAVARRO *et al.*, 2004). A meta é ampliar o acesso às ações odontológicas e qualificar a atenção, levando em consideração as especificidades de cada realidade (MARQUES, 2009). A implantação das equipes de saúde bucal no PSF significa a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de organização da atenção primária, baseados nos princípios do SUS, da Promoção à Saúde e da Atenção Primária (SAS/MG, 2007). A atenção deve ser baseada em um equilíbrio entre as ações coletivas, de abordagem populacional; que tendem à universalização e permitem a manutenção da saúde e a diminuição das situações de risco; e as ações individuais; que devem priorizar as situações de maior risco ou necessidade (SAS/MG, 2007).

A lesão cariosa é considerada atualmente como a manifestação clínica de uma infecção bacteriana. O processo que leva a formação da cárie é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz dela uma doença multifatorial. O controle da doença cárie é, portanto, possível através da ação sobre os fatores determinantes, os quais variam entre os indivíduos e entre as diferentes realidades locais (SAS/MG, 2007).

A cárie é a maior causa de perdas dentárias, e o edentulismo se apresenta como um agravo significativo nas populações adulta e idosa de nosso país, com um

forte componente social, e como consequência da falta de acesso à atenção integral e apenas aos procedimentos mutiladores por parte dessas populações. Nesse sentido, torna-se importante o avanço no acesso universal e equitativo à atenção, o resgate das ações integrais de saúde bucal e a reabilitação dessa população com demanda acumulada (SAS/MG, 2007).

A área de abrangência da ESF- Equipe Saúde da Família - Santa Ruth possui, hoje, quatro bairros: Santa Ruth, Santa Marta, Monsenhor José Lopes e Ribeira de Cima. Apresenta extensa área territorial com uma população estimada em 5.537 pessoas, e um total de 1.464 famílias cadastradas, divididas em oito microáreas. Faz limite com os bairros: João XXIII, Fênix, Bálsamos, Barreiro e Rodovia MG 120.

A unidade de saúde fica localizada à Rua 400, nº 130, bairro Monsenhor José Lopes, município de Itabira, Minas Gerais.

De acordo com os critérios para classificação de risco territorial esta unidade recebe o “Conceito A” que corresponde a “Risco Elevado”.

Habitado desde 1930, mas inicialmente com moradias simples, como taperas e barracos de sapé. O povoamento se concretizou em meados de 1970. Conhecido anteriormente como Açougue, devido ao alto índice de homicídios e violência. Mais tarde foi nomeado Ruth, devido aos loteamentos pertencerem a uma senhora chamada Ruth. A associação do bairro foi fundada em 1984 por meio de movimentos religiosos, mas atualmente não está ativa. Nessa época as condições de infraestrutura do bairro eram precárias, não havia saneamento básico, transporte público e posto de saúde; esses só existiam no bairro vizinho, João XXIII. Somente em 1992 é que as primeiras ruas começaram a ser asfaltadas sendo concluídas em 1999. As redes de esgoto e rede elétrica só foram concluídas em 2000.

Hoje a população vive basicamente do trabalho em empresas, da prestação de serviços e do trabalho informal. É alto o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre os menores de 14 anos. O principal meio de transporte é através de coletivos e as oportunidades de lazer são escassas.

Em 2001 a Equipe de Saúde do bairro foi implantada, mas os atendimentos se davam no bairro vizinho, João XXIII. Em 13 de Agosto de 2001 foi estruturada uma unidade provisória no bairro para funcionamento do PSF – Programa Saúde da Família. Em 16 de dezembro de 2002 foi inaugurada outra unidade de PSF, também provisória, que funcionou até novembro de 2009. Em Dezembro de 2009 foi inaugurada a nova sede da unidade de saúde situada à Rua 400, nº 130, bairro Monsenhor José Lopes, onde funciona até a presente data.

Em 08 de setembro de 2004 foi incorporado à equipe o serviço odontológico, que inicialmente funcionava apenas com palestras educativas nas escolas e visitas domiciliares. Em 01 de dezembro de 2004 foi inaugurado o consultório odontológico e ampliado em agosto de 2008 com a incorporação do TSB - Técnico de Saúde Bucal.

A unidade atualmente conta com recursos adequados para o trabalho da equipe. Possui recepção, sala de coleta, sala de vacina, farmácia, sala de reuniões, consultório médico, consultório enfermeiro, consultório odontológico com dois equipos, escovódromo, sala de curativos, sala de acolhimento/observação, expurgo, almoxarifado, sala da gerência, refeitório e banheiros para funcionários e usuários. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal. A demanda por atendimento é muito grande e os principais problemas identificados referem-se a violência, hipertensão, diabetes, falta de lazer, cárie dentária, desemprego, falta de esgoto, acúmulo de lixo dentre outros.

O diagnóstico situacional realizado em 2012 na área de abrangência do PSF Santa Ruth contribuiu para um melhor conhecimento da população adscrita. Através dos dados coletados foi possível identificar os principais problemas e agravos além da necessidade de se intensificar as ações de educação em saúde bucal para incentivar e fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. O elevado índice de cárie dentária somado à falta de informação e desconhecimento dos usuários com relação à própria condição bucal são os principais problemas a serem enfrentados.

Em razão disso, o presente trabalho, fundamentado em sua teoria através de revisões literárias, propõe-se a elaborar um plano de ação com ênfase nas ações de promoção e prevenção à saúde visando a diminuir os índices de cárie e aumentar

a informação dos usuários com o intuito de melhorar a qualidade de vida e também o quadro epidemiológico identificado. As práticas bucais saudáveis são o foco deste plano de intervenção e ação.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica por considerar necessário um equilíbrio entre as ações coletivas, de abordagem populacional, e as ações individuais. Essa visão ampliada da atenção se relaciona ao fato de que o enfoque apenas na intervenção clínica individual tem um potencial limitado para lidar com os principais problemas de saúde bucal. O alto índice de cárie da população adscrita da ESF Santa Ruth somada à falta de informação configuram os principais problemas a serem equacionados.

Por muitas décadas predominou nos serviços odontológicos o modelo curativista, mutilador e a inacessibilidade de grande parte da população ao serviço odontológico (PALMIER *et al.*, 2008).

Segundo o Projeto SB Brasil 2003, de acordo com a análise dos índices CPO-D e CEO-d (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados e dentes decíduos cariados, extraídos e obturados, respectivamente) da população brasileira em 2003, constatou que, quase 27% das crianças na faixa etária entre 18 e 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo cariado e, quase 70% das crianças de 12 anos e 90% dos adolescentes entre 15 a 19 anos apresentavam pelo menos um dente permanente cariado (BRASIL, 2004c).

Em 2010, o Ministério da Saúde realizou um novo inquérito, comparando as condições de saúde bucal da população avaliadas no ano de 2010 com as avaliações da população em 2003, além da constatação do impacto do Programa Brasil Sorridente. Este programa, dentre vários aspectos, preconiza ações de promoção e educação em saúde, além da higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor (BRASIL, 2010).

Desta forma, os resultados apresentados pelo SB Brasil 2010 demonstraram queda de 26% do CPO das crianças aos 12 anos de idade, de 30% do CPO de adolescentes de 15 a 19 anos de idade e de 19% do CPO de adultos entre 35 a 44 anos de idade. Esta melhora percentual do CPO elevou Brasil para o grupo de países, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2010).

O trabalho proposto tem relevância à medida que procura mostrar a importância da saúde bucal integrada às ações de promoção e prevenção em

saúde. Pois, um serviço odontológico cuja essência seja preventiva permite condições de influir positivamente no quadro epidemiológico da comunidade e conseqüentemente na saúde em geral.

Este estudo contribui para a formação de um profissional que exerça suas atividades em consonância com as atuais diretrizes do Programa de Saúde da Família, avançando em direção a uma prática baseada na prevenção e promoção à saúde bucal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para melhoria e reorganização do processo de trabalho da ESB Santa Ruth, ampliando a oferta de ações coletivas, de promoção à saúde bucal e preventivas, com o intuito de minimizar os principais problemas de saúde bucal identificados na área e conscientizar os usuários quanto à importância e cuidados com a saúde bucal.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Destacar o papel da ESF no desenvolvimento de práticas educativas, de promoção à saúde bucal e prevenção da cárie;
- ✓ Descrever as atividades de promoção da saúde bucal realizadas pelas equipes de saúde da família;
- ✓ Ampliar o conhecimento dos usuários quanto a importância de cuidar da saúde bucal;
- ✓ Contribuir para melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal

São inúmeros os fatores que influenciam no processo saúde doença de uma determinada população. Neste contexto, pode-se dizer que o serviço público odontológico passou por diversas etapas de organização direcionadas por diferentes teorias explicativas que buscavam justificar o acometimento dos indivíduos pela cárie e outras doenças bucais.

Desta forma, no final da década de 80 e início da década de 90, com o advento da teoria da Promoção de saúde, começou a haver a compreensão acerca do processo de adoecimento do indivíduo/e ou comunidade. Esta nova visão baseia-se não mais de forma exclusiva na importância dada a cura e prevenção de doenças, mas sim, na compreensão de como o meio sócio econômico e cultural e o acesso aos serviços podem ser determinantes e agravantes do processo de adoecimento do indivíduo e/ou comunidade, em contraste com as demais visões que são essencialmente baseadas no modelo biomédico (PALMIER *et al.*, 2008).

Segundo Carnut *et al.* (2011) existe uma íntima relação entre as doenças bucais e condições sócio econômicas desfavoráveis, sendo que a baixa escolaridade dos pais, em especial da mãe, e a baixa renda familiar podem ser consideradas as principais influências do processo de acometimento de cárie dentária.

Ainda neste contexto, para Cortellazzi (2006) o nível de escolaridade e grau de instrução materna estão diretamente relacionados à transmissão de informações adequadas ou não aos filhos sobre educação em saúde bucal e orientação da dieta, principalmente sobre consumo de açúcar, o que reflete no acometimento ou não de cárie dentária na dentição de seus filhos.

Almeida *et al.* (2009) relatam que o comportamento da cárie dentária, por exemplo, na população de pré-escolares tem relação com o estilo de vida, condição sócio econômica e demográfica e com o acesso aos serviços de saúde e que medidas são tomadas pelos serviços de saúde da atenção básica a fim de detectar as famílias mais vulneráveis e de maior risco para os problemas de saúde bucal.

Para tanto, é fato que a promoção de saúde não deve ser realizada de forma aleatória ou inespecífica pela equipe de saúde da família, mas sim, de forma sustentada na análise da situação do processo saúde doença da sua comunidade e programada a fim de que as ações desenvolvidas sejam equânimes. Neste sentido, faz-se necessária a obtenção de informações tanto epidemiológicas como sociais da população adscrita, para o reconhecimento das carências da população, fazendo jus ao conceito ampliado de saúde (CARNUT *et al.*, 2011).

Neste contexto de necessidade de reconhecimento da condição epidemiológica, social e econômica das famílias do território de abrangência da equipe de saúde e das ações de promoção de saúde realizadas junto às famílias é que se constata a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes de saúde da família são dotadas de ferramentas necessárias à transformação da realidade encontrada a partir do mapeamento das necessidades e do diagnóstico situacional de sua área de atuação o que favorece o fortalecimento da prática de promoção de saúde no território.

A Estratégia de Saúde da Família, oficializada em 1994, é uma proposta de transformação do modelo assistencial curativista tradicional, que visa romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde tradicionais que esperam a população procurar atendimento. Desta forma, a ESF deve fazer a busca ativa de casos na comunidade, bem como priorizar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Além disso, a estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe multidisciplinar, formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de agentes comunitários de saúde (moradores da própria comunidade em que atuam). Em 2000, foram inseridas as Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família, com um odontólogo, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dental (BRASIL, 2001).

O mapeamento da área, realizado pela equipe, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as parcerias comunitárias e as visitas domiciliares facilitam o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade, a proximidade e o real entendimento a respeito das particularidades e fatores de risco ambientais, sociais, culturais e econômicos a que cada família e/ou indivíduos estão expostos. O reconhecimento dessas particularidades, portanto, direciona o planejamento de ações mais eficazes e que respondam às reais necessidades da população.

Para Silveira Filho (2002, p. 39) “falar em vínculo é muito mais do que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É saber identificá-los no seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade”. Para o autor, ainda, o vínculo ocorre por intermédio da relação de confiança entre comunidade e equipe que surge com o tempo de atuação na ESF.

Segundo Almeida e Ferreira (2008, p. 2138):

A visita domiciliar poderia ser mais utilizada, a fim de conhecer o ambiente de vida das famílias, hábitos e condições de moradia, servindo de instrumento auxiliar no planejamento das ações. Sabe-se que essa atividade é prioritária do agente de saúde, mas é importante a aproximação da realidade das pessoas na prática e não só por intermédio de outros profissionais.

Nesta mesma perspectiva, entende-se a importância da inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, inserindo também os profissionais da odontologia em uma nova proposta de atuação, diferente daquela que se caracterizava como um modelo biomédico, centrado na assistência de indivíduos doentes e nas ações realizadas individualmente pelo cirurgião dentista dentro do consultório.

Segundo Garcia (2006) até a década de 90, apesar de um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 1996 para conhecer a situação de saúde bucal no Brasil, o modelo assistencialista odontológico ainda era curativista e não condizente com os princípios e as diretrizes instituídas pelo Sistema único de Saúde.

A fim de transformar este panorama, em 2000, o Ministério da saúde estabeleceu incentivos financeiros para as ações de Saúde Bucal e para a inserção de equipes de saúde bucal na ESF e, no ano seguinte, publicou a Portaria número 267 que definiu as bases para a reorientação das ações de saúde bucal na atenção básica, com destaque para as ações de promoção da saúde, a partir de articulação intersetorial e da participação dos usuários (BRASIL, 2001). Esta Portaria também definiu o incentivo financeiro das equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde da família e as atribuições dos profissionais da saúde bucal na atenção básica.

Em 2004, visando a reorganização da atenção em saúde bucal baseada na incorporação de ações programáticas pelas unidades de saúde, o Ministério da

Saúde apresentou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que, dentre seus pressupostos, destacou a importância das Ações de Promoção e Proteção da Saúde no nível individual e/ou coletivo (BRASIL, 2004c). Estas ações englobam o fornecimento contínuo de escovas e pastas fluoretadas, além de ações educativas realizadas tanto no âmbito da unidade básica de saúde quanto no dos domicílios, escolas e outros espaços sociais. Tais ações educativas têm como objetivo viabilizar acesso à água tratada e fluoretada à população, promover higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor pelos serviços. Além desses objetivos, estas ações são responsáveis, principalmente, pela Educação em Saúde da população, considerando o contexto sócio cultural no qual o indivíduo está inserido (BRASIL, 2004c).

Para tal, os conteúdos da educação em saúde devem ser trabalhados de forma pedagógica e integrados com as demais áreas pelo cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, em escolas, creches, asilos e espaços institucionais ou não. O principal objetivo da Educação em Saúde é, sobretudo, sensibilizar o indivíduo para a apropriação do processo saúde doença, além de entender a importância de mudanças de hábitos não saudáveis de vida, bem como favorecer a conquista de sua autonomia por meio da perspectiva do autocuidado (BRASIL, 2004c).

4.2 Promoção e Educação em Saúde Bucal

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle sobre sua própria saúde (OMS, 1986).

Promoção de Saúde é o processo onde o indivíduo é transformado, e, com esta transformação ele é capaz de proporcionar o controle de sua saúde com conseqüente melhoramento dela (FARIA, 2008). O indivíduo adquire saúde quando ele consegue satisfazer as suas necessidades fisiológicas, autoestima, segurança, reconhecimento social; quando ele consegue transformar e conviver com o ambiente. Saúde não é meramente a ausência de doença.

No setor da Saúde a participação de todos os atores é essencial para a promoção da saúde, uma vez que é necessário transformar o indivíduo e incentivá-lo a mudar de vida. É preciso quebrar paradigmas; o trabalho intersetorial também é importante.

A Estratégia de Saúde da Família veio para amparar, pois suas ações têm como metas: promover saúde, prevenir, tratar e reabilitar (FARIA, 2008). A ESF veio priorizando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de saúde (SUS). Em suas duas décadas de existência, o SUS tem sido palco de um intenso debate sobre a adoção de modelos assistenciais que reorientem a atenção à saúde no Brasil. Neste contexto, a estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde a partir de novas bases, trabalhando com os princípios de territorialização, vínculo, integralidade na assistência, trabalho multidisciplinar, ênfase na promoção da saúde, estímulo à participação da comunidade, dentre outros.

A cárie dentária é caracterizada como uma questão de saúde pública, pois mais de dois terços da população mundial é portadora desta doença.

Embora a cárie dentária tenha diminuído em países industrializados, ela ainda é um problema difundido no mundo inteiro, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a maioria dos dentes cariados não é tratada, e quando há tratamento, frequentemente a opção é a extração do elemento (FRENCKEN; HOLMGREN, 1999).

A dieta alimentar é outro fator importantíssimo na qualidade da saúde bucal, uma vez que está diretamente ligada a ocorrência da doença cárie. O incentivo a ingestão de uma alimentação saudável pode ser divulgada e reforçada por qualquer profissional da área da saúde, possibilitando o acesso a alguma forma de flúor, ao uso dosado do açúcar, autocuidado e os fatores que geram os riscos (BRASIL, 2004).

Quanto às atividades de escovação supervisionada que almejam à prevenção da cárie e outras doenças, o cirurgião dentista (CD), o técnico em saúde bucal (TSB), o auxiliar em saúde bucal (ASB) e o agente comunitário da saúde (ACS) podem desenvolver essas atividades.

Hilgert (2001) expõe que a Educação em Saúde é um componente de mudança social sendo realizada por grupos e/ou indivíduos que zelam pela saúde da comunidade.

As potencialidades de qualquer local devem ser aproveitadas para promover saúde (BUISCHI, 2000). Para Taglietta *et al.* (2011, p.13) “quando associada às escolas, a promoção de saúde altera hábitos e comportamentos de forma favorável na redução de cáries”. Ainda nesse contexto, Gosuen (1997) enfatiza que a educação sobre higiene bucal e hábitos alimentares é melhor fixada na faixa etária de 4 a 7 anos, ressaltando a importância da inclusão de programas educativos em escolas.

Enfatizando esta proposta, em seu estudo comparativo com crianças de escolas infantis de Piracicaba, Taglietta *et al.* (2011) constataram que os alunos que já foram submetidos a programas de prevenção de cárie nas escolas apresentaram uma diferença positiva de 10,14% na prevalência da cárie dentária com relação aos escolares que nunca foram submetidos aos programas de prevenção.

Ainda neste contexto de enfoque às ações de saúde bucal no âmbito das escolas, ao analisar as condições de saúde bucal de pré-escolares residentes na área de abrangência de equipes de saúde da Família em Salvador, Almeida *et al.* (2009) reconheceram que as políticas de saúde bucal no Brasil foram mais direcionadas para a melhoria das condições de saúde bucal de escolares do que pré-escolares e adultos em geral. Para esses autores, a prevalência de cárie encontrada nos pré-escolares que participaram do estudo foi de 49,6%, sendo que a maioria dos dentes encontrava-se cariada. Além disso, todos os problemas bucais detectados em seu estudo são passíveis de prevenção se forem executadas ações

mais efetivas de prevenção e educação em saúde sobre crianças em idade pré-escolar pela atenção primária.

Torna-se notório, nesta perspectiva, que os trabalhos preventivos realizados pelas equipes de saúde bucal na ESF, em geral, são bastante direcionados para as escolas, sendo mais escassa a atuação da saúde bucal em grupos de gestantes, idosos e hipertensos e em ações na comunidade ou em espaços sociais (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Desta forma, apesar de evidente a transformação de modelo por meio da importância dada, cada vez mais, incorporada pelos profissionais de saúde à questão da promoção de saúde e por mais fundamental que seja a educação em saúde no âmbito escolar, por todos os benefícios já referidos, torna-se, de fato, importante que as atividades educativas também sejam voltadas e aproveitadas por toda a família e comunidade, grupos e espaços sociais, tendo como norteador das ações o diagnóstico dos problemas da comunidade como um todo.

Para Almeida e Ferreira (2008) ainda, a escola é capaz de promover a qualidade de vida em sua comunidade, construindo coletivamente melhores condições de saúde e buscando estilos de vida mais saudáveis. Fato é que, para Silveira Filho (2002), a incorporação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família teve como desafio tornar as ações de saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social, porém os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no PSF, apesar de inegáveis, são incipientes.

Assim, pode-se constatar, de acordo com os achados na revisão de literatura, que, de fato, as práticas de promoção de saúde se evidenciaram muito mais com a implantação da Estratégia de Saúde da Família e a sua importância parece estar tomando espaço no dia a dia das equipes de saúde bucal.

4.3 Ações Intersetoriais

O desenvolvimento de ações com base territorial, buscando a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias que garantam a construção da cidadania, é parte dos princípios gerais da atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Esta política aponta como atribuições de todos os profissionais das equipes de saúde, em especial aqueles atuando na Estratégia de Saúde da Família, desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins voltados para a promoção de saúde (MORETTI, 2010).

As ações intersetoriais estão ligadas à necessidade de adoção de uma prática de saúde pública em lugar de uma abordagem apenas individual, representando um esforço para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente para que conduzam a ambientes saudáveis (MINAS GERAIS, 2007, p. 79). Envolve o estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde (BRASIL, 2006).

A ação intersetorial é também uma estratégia importante para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. As diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal indicam a necessidade de incorporação de ações programáticas abrangentes e o desenvolvimento de ações intersetoriais para reforçar a concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (MORETTI, 2010).

Como exemplo cita-se o apoio a ações e políticas que: (1) promovam desenvolvimento social; (2) possibilitem o acesso a saneamento básico e incentivem a fluoretação das águas de abastecimento; (3) contribuam para o combate ao fumo e uso de álcool; (4) incentivem dietas mais saudáveis; (5) contribuam para garantir proteção no trabalho; (6) contribuam para o trabalho transversal de conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, através da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB – Lei nº 9394/96), entre outras. Especificamente em relação à LDB, significaria discutir a saúde bucal em vários momentos e disciplinas escolares, de

acordo com a realidade de cada escola, contribuindo para a construção de escolas saudáveis (BRASIL, 2006).

5 METODOLOGIA

Segundo Matus (1989; 1993) o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação. E para Campos, Farias e Santos (2010) planejar é pensar antes, durante e depois de agir.

Para a elaboração da proposta do plano de intervenção, foram realizadas as seguintes etapas: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão de literatura e a elaboração do plano de ação propriamente dito.

O diagnóstico situacional foi realizado para identificar os principais problemas de saúde bucal da área de abrangência do PSF Santa Ruth, como elevado índice de cáries e falta de informação em saúde bucal, objetos de pesquisa.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foram feitas buscas bibliográficas nos periódicos científicos cadastrados na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) com os seguintes descritores: “cárie dentária”, “promoção de saúde”, “saúde bucal”, “educação em saúde”, “odontologia preventiva”. A busca dos trabalhos científicos foi realizada com ênfase nas publicações dos últimos dez anos. Referências mais antigas somente foram utilizadas nos casos de grande relevância. Foram utilizados também, como fontes de pesquisa bibliográfica, os Módulos do CEABSF, a Biblioteca Virtual do Nescon (Programa Ágora), além de livros e revistas que fazem referência sobre o tema proposto. A construção do projeto teve como instrumento norteador as orientações do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABSF/NESCON.

A elaboração de um plano de ação para enfrentamento do problema, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, consiste em identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados através de um processo participativo que engloba a visão de diversos setores sociais. Além disso, elabora soluções para o enfrentamento dos problemas através de estratégias que sejam mais viáveis para alcançar os objetivos propostos.

Assim, na tentativa de minimizar o problema do alto índice de cárie e aumentar o nível de informação em saúde bucal propôs-se a elaboração de um plano de ação para ser implantado pela ESB do Santa Ruth.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O Diagnóstico Situacional foi realizado através do método da Estimativa Rápida.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Santa Ruth, foi construído um plano de ação para enfrentamento do problema priorizado.

6.1 Definição dos problemas

Os principais problemas de saúde identificados na área de abrangência do PSF Santa Ruth segundo dados do SIAB (2011) foram: Hipertensão Arterial: 657 hipertensos cadastrados de uma população de 5.561, o que corresponde a 11,81% do total; Diabetes: 138 diabéticos cadastrados de uma população de 5.561, o que corresponde a 2,48% do total. Foram registrados 77 casos de Alcoolismo, cinco de Doença de Chagas, 48 de Deficiência Física, 8 de Epilepsia e um de Hanseníase. Altos índices de cárie dentária somada à falta de informação da população em geral também foram constatados. Problemas relativos à violência, desemprego, falta de lazer, falta de esgoto e acúmulo de lixo nos lotes é significativo.

6.2 Priorização de Problemas

Os problemas foram identificados, analisados e selecionados quanto a prioridade (Quadro 1) segundo os seguintes critérios:

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- Distribuindo pontos conforme sua 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 (seleção).

QUADRO 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF Santa Ruth

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de cárie e nível de informação	Alta	8	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	8	Parcial	2
Diabetes	Alta	7	Parcial	2
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	6	Parcial	3
Falta de lazer	Alta	6	Parcial	4

FONTE: Autoria própria (2013).

*Valores de 0 a 10 (sendo 0 menor urgência e 10 maior urgência)

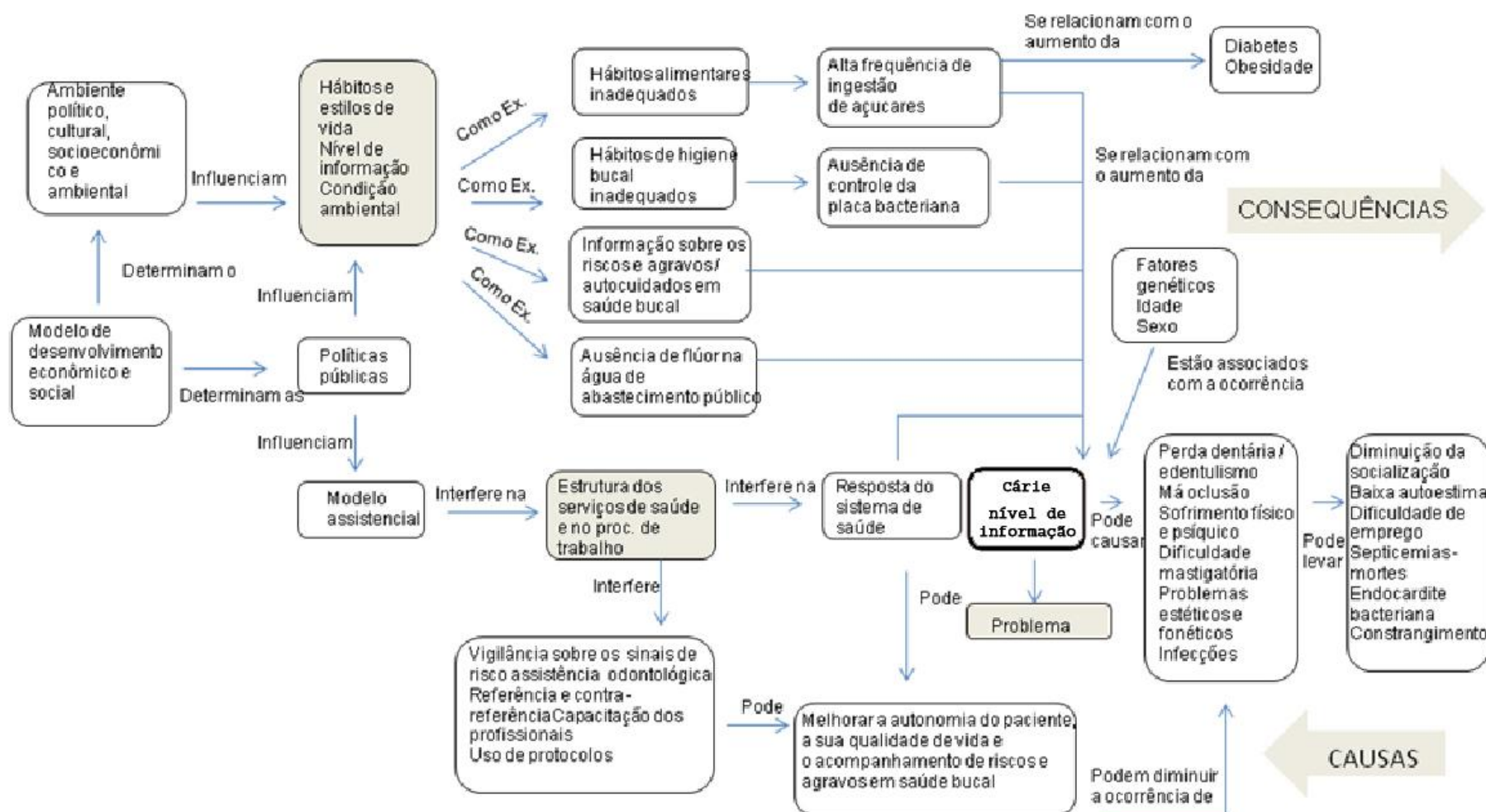
Na Equipe de Saúde da Família Santa Ruth, o alto índice de cárie somado à falta de informação foi selecionado como prioridade 1.

6.3 Descrição e explicação do problema

Após a caracterização do problema selecionado pela equipe, o próximo passo foi entendê-lo e explicá-lo melhor. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Foi construído um esquema explicativo para entender a gênese do problema a ser enfrentado a partir da identificação das suas causas (Figura 1).

Para o filósofo Espinosa, conhecer é conhecer pela causa – o que significa descobrir o modo pelo qual algo é produzido. Portanto, conhecer adequadamente uma coisa é conhecer o seu modo de produção (CAMPOS *et al.*, 2010).

FIGURA 1: Árvore explicativa do problema



Fonte: Autoria Própria (2013).

A ESB considera que o problema priorizado se deve principalmente à falta de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal; aos hábitos alimentares inadequados assim como os de higiene bucal; à ausência de flúor na água de abastecimento público (principalmente da população residente na zona rural); à falta de informação adequada sobre o autocuidado em saúde bucal; à assistência deficiente devido ao número insuficiente de profissionais; à falta de capacitação de profissionais para lidar com o problema de forma humanizada e resolutiva.

6.4 Seleção dos “nós críticos”

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas (CAMPOS *et al.*, 2010).

Um “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS *et al.*, 2010).

A equipe de saúde bucal selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Seguem os problemas considerados “nós críticos” pela equipe:

- Hábitos e estilos de vida;
- Nível de informação;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

6.5 Desenho das Operações

Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS *et al.*, 2010).

O desenho das operações tem como objetivo descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

QUADRO 2A: Desenho de operações para o “nó” crítico

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Alimentação e Saúde Mudar hábitos alimentares.	Diminuir o consumo de açúcares e incentivar o consumo de alimentos saudáveis.	Programa “Merenda saudável”; campanha educativa na rádio local.	<u>Organizacional</u> : para organizar os programas; <u>Cognitivo</u> : informação sobre o tema e estratégias de comunicação; <u>Financeiro</u> : para aquisição de cartazes, folhetos educativos, recursos audiovisuais; <u>Políticos</u> : conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino, etc.

Fonte: Aatoria Própria (2013).

Quadro 2B: Desenho de operações para o “nó” crítico

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de informação	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal.	Manter a população mais informada sobre a saúde bucal.	Grupos operativos; capacitação das ACS, monitores e educadores; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar.	<u>Organizacional:</u> organização da agenda; <u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; <u>Financeiro:</u> para aquisição de cartazes, folhetos educativos, recursos audiovisuais; <u>Políticos:</u> articulação intersectorial e mobilização social.

Fonte: Autoria Própria (2013).

Quadro 2C: Desenho de operações para o “nó” crítico

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços para melhorar o atendimento.	Redução dos índices de cárie; aumento do acesso à escova dental e dentífrico, aumento do acesso ao tratamento odontológico.	Aquisição de Kits de higiene bucal; capacitação profissional; contratação de mais profissionais.	<u>Financeiro</u> : aumento da oferta de Kits de escovação, de consultas e equipamentos odontológicos; <u>Cognitivo</u> : elaboração do projeto de adequação; <u>Políticos</u> : decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.

Fonte: Autoria Própria (2013).

Quadro 2D: Desenho de operações para o “nó” crítico

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado em saúde bucal	Aumentar a cobertura da população	Linha de cuidado em saúde bucal; protocolos implantados; recursos humanos capacitados.	<u>Organizacional</u> : adequação dos fluxos (referência e contrareferência); <u>Cognitivo</u> : elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; <u>Políticos</u> : articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.6 Identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas (CAMPOS *et al.*, 2010).

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano (CAMPOS *et al.*, 2010). Nos Quadros 2A, 2B, 2C e 2D foram identificados os recursos críticos de cada operação e resumidos no Quadro 3.

QUADRO 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema priorizado

Operação/Projeto	Recursos críticos
Alimentação e Saúde	<u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos; <u>Político</u> : conseguir o espaço na rádio local.
Saber +	<u>Político</u> : articulação intersetorial.
Cuidar Melhor	<u>Financeiro</u> : recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos); <u>Político</u> : decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de Cuidado	<u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.7 Análise de viabilidade do plano

A análise de viabilidade do plano tem como objetivos:

- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para a implementação de cada operação;
- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

A ESF identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado nos Quadros 4A e 4B.

QUADRO 4A: Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Alimentação e Saúde	<p><u>Financeiro</u>: para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc;</p> <p><u>Políticos</u>: conseguir o espaço na rádio local;</p>	Secretaria Municipal de Saúde Setor de comunicação social	Favorável Favorável	Apresentar o projeto

Fonte: Autoria Própria (2013).

QUADRO 4B: Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Saber +	<u>Político:</u> articulação com a Secretaria de Educação	Secretaria de Educação	Favorável	Apresentar o projeto
Cuidar Melhor	<u>Financeiro:</u> recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio; <u>Político:</u> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.	Prefeitura Municipal Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto de estruturação da rede
Linha de Cuidado	<u>Político:</u> articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.8 Elaboração do Plano Operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações. A ESB reuniu todas as pessoas envolvidas no planejamento e definiu, por consenso, a divisão de responsabilidades por cada operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme os Quadros 5A e 5B.

QUADRO 5A: Plano Operativo

Operação	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Alimentação e Saúde Modificar hábitos alimentares.	Diminuir o consumo de açúcares e incentivar o consumo de alimentos saudáveis; sensibilizar os usuários.	Programa “Merenda Saudável”; campanha educativa na rádio local.	Apresentar o projeto.	Equipe de Saúde Bucal Enfermeiro e médico ACS NASF	Três meses para o início das atividades.

Fonte: Autoria Própria (2013).

QUADRO 5B: Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal.	Manter a população mais informada sobre a saúde bucal.	Grupos operativos; Programa de Saúde Escolar; capacitação das ACS, monitores e educadores; campanha educativa na rádio local.	Apresentar o projeto	Equipe de Saúde Bucal ACS	Dois meses para o início das atividades e término em seis meses.
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços de saúde.	Redução dos índices de cárie; aumento do acesso à escova dental e dentífrico; aumento do acesso ao tratamento odontológico	Aquisição dos Kits de higiene bucal; capacitação profissional; contratação de mais profissionais.	Apresentar o projeto e estruturar a rede.	Equipe de Saúde Bucal e Coordenação	Início das atividades em quatro meses após aprovação do projeto.
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado em saúde bucal.	Aumentar a cobertura da população.	Implantar a linha de cuidado em saúde bucal; implantar os protocolos; capacitar recursos humanos.	Apresentar o projeto.	Equipe de Saúde Bucal e Coordenação	Início em três meses e término em doze meses.

Fonte: Autoria Própria (2013).

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

Por muitas décadas predominou no Brasil um modelo assistencialista odontológico focado na atenção ao indivíduo doente, sendo a atenção à saúde bucal dos adultos restrita às exodontias e aos atendimentos de urgência (PALMIER *et al.*, 2008).

Neste contexto, Garcia (2006, p. 20) afirmou que: “Até a década de 90, o modelo odontológico colocado em prática pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e cobria uma pequena parte da população de assistência brasileira”.

Aproximadamente trinta anos mais tarde, com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986, atenção maior começou a ser dada para a saúde bucal, enquanto política pública, com a oportunidade histórica de discutir a problemática de saúde bucal da população e para o aprimoramento da assistência odontológica (BRASIL, 1986). Este momento foi reforçado na década seguinte com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), na qual as discussões permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país (BRASIL, 1993).

Todavia,

(...) mesmo com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993, reafirmando o direito de cidadania e um novo modelo para a saúde bucal, o que se via era uma odontologia com pouca resolutividade e a falta de incentivos na área segundo (GUERRA, 2009, p.18).

Fica evidente, desta forma, que apesar das mudanças favoráveis que aos poucos se instauravam, ainda se observava, naquela época, uma odontologia não conservadora, excludente e sem uma estrutura que garantisse o acesso do usuário a todos os níveis de atenção de maneira universal e integral (GUERRA, 2009).

Assim, somente em 2000 com a edição da portaria GM/MS nº 1444 pode-se dizer que a saúde bucal começou a se desenvolver, de fato, no âmbito das políticas públicas de saúde. Esta portaria estabeleceu os incentivos federais para o financiamento das ações de saúde bucal e a inserção dos profissionais no Programa de Saúde da Família (PSF) o que pode ser considerado um passo importante no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal (GARCIA, 2006).

Fato é que, mesmo com a inserção da Saúde Bucal no PSF, ainda se observava um modelo assistencial odontológico curativista, mutilador e excludente para grande parte da população, em virtude da falta de investimento financeiro para a expansão de equipes odontológicas, por parte do Governo Federal, e ainda existia uma grande demanda reprimida para tratamento odontológico (GUERRA, 2009).

Somente com o início da Era Lula, em 2002, pode-se afirmar que, de fato, houve uma concretização de investimentos do Governo Federal para a implantação de equipes de saúde bucal no PSF, através da Portaria nº 673 de 2003 que permitiu que os municípios implantassem quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias não podendo, entretanto, exceder o número existente de equipes de saúde da família (GUERRA, 2009).

Desta forma, o processo de propostas oriundas das duas Conferências Nacionais de Saúde Bucal e da necessidade de mudança do modelo assistencialista odontológico vigente no contexto de políticas públicas de saúde culminou, em 2004, com a apresentação da Política Nacional de Saúde Bucal denominada Brasil Sorridente (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) por meio de suas diretrizes pressupõe, desta forma, a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e defende ter

(...) o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (...) (BRASIL, 2004c, p.3).

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde (BRASIL, 2011).

As diretrizes do Brasil Sorridente apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. Preconiza a

responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir junto com os usuários, a resposta às suas dores, angústias, problemas e aflições, de forma que o processo de trabalho não seja composto apenas por consultas e atendimentos ou procedimentos, mas essencialmente de produção de conhecimento, responsabilização e autonomia dos usuários.

Segundo o Projeto SB Brasil 2003, de acordo com a análise dos índices CPO-D e CEO-d (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados e dentes decíduos cariados, extraídos e obturados, respectivamente) da população brasileira em 2003, constatou que, quase 27% das crianças na faixa etária entre 18 e 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo cariado e, quase 70% das crianças de 12 anos e 90% dos adolescentes entre 15 a 19 anos apresentavam pelo menos um dente permanente cariado (BRASIL, 2004c).

Em 2010, o Ministério da Saúde realizou um novo inquérito, comparando as condições de saúde bucal da população avaliadas no ano de 2010 com as avaliações da população em 2003, além da constatação do impacto do Programa Brasil Sorridente.

Desta forma, os resultados apresentados pelo SB Brasil 2010 demonstraram queda de 26% do CPO das crianças aos 12 anos de idade, de 30% do CPO de adolescentes de 15 a 19 anos de idade e de 19% do CPO de adultos entre 35 a 44 anos de idade (BRASIL, 2010).

Bittar *et al.* (2009) ressaltam que para que se tenha uma medida ideal da capacidade de enfrentamento dos problemas públicos é necessário, primeiramente, ter conhecimento da realidade em que se está inserido. Assim, deve-se começar o processo de planejamento com o Diagnóstico Situacional, para que se possa conhecer a realidade dos problemas existentes e, posteriormente, buscar medidas efetivas para minorá-los ou eliminá-los.

Os resultados esperados do plano de ação e intervenção serão dimensionados a partir do diagnóstico (CORRÊA *et al.*, 2013) pautados numa observação situacional, em busca de respostas claras e objetivas na resolução do problema. No caso deste projeto, trata-se da necessidade de redução da cárie dentária associada ao aumento da educação em saúde bucal na área adscrita da ESF Santa Ruth.

Diante dos dados abordados a autora conclui que o território investigado necessita colocar em execução o plano de intervenção proposto neste trabalho, onde se contemplam estratégias de promoção e prevenção em saúde bucal.

A atenção deve ser baseada em um equilíbrio entre as ações coletivas, de abordagem populacional (que tendem à universalização e permitem a manutenção da saúde, e a diminuição das situações de risco) e as ações individuais que devem priorizar as situações de maior risco ou necessidade. As ações coletivas são essenciais em saúde bucal, como uma forma de se avançar em atingir toda a população da área adscrita com medidas relacionadas à educação em saúde, ao acesso a medidas preventivas e à melhoria da qualidade de vida.

As ações intersetoriais estão ligadas à necessidade de adoção de uma prática de saúde pública em lugar de uma abordagem apenas individual, representando um esforço para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente para que conduzam a ambientes saudáveis.

A educação em saúde bucal proporciona incentivo e fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário.

Neste contexto, verifica-se a necessidade de inserção das equipes de saúde bucal dentro das escolas, creches e associações promovendo a saúde bucal das crianças e ao mesmo tempo fornecendo aos pais e/ou responsáveis, professores e monitores o conhecimento necessário à aquisição e manutenção de hábitos saudáveis, determinando o sucesso dos programas de promoção em saúde bucal.

Os pais são os principais tomadores de decisão a respeito da saúde geral e bucal de seus filhos e suas percepções têm influência importante na prevenção das doenças bucais (ALMEIDA *et al.*, 2010).

A prevenção, desde os primeiros anos de vida, auxilia no desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis, que irão refletir na manutenção da saúde bucal do indivíduo durante toda a sua vida (GARBIN *et al.*, 2011).

Os grupos operativos utilizados pela equipe de saúde com o intuito de repassar conceitos e informações básicas para que os indivíduos façam suas escolhas, tenham atitudes favoráveis e reflitam sobre sua saúde são fundamentais.

Através deles as informações e ações podem se multiplicar tornando o núcleo familiar mais saudável.

A formação de hábitos alimentares saudáveis contribui para a saúde bucal e saúde geral e propicia uma melhor qualidade de vida para todos. Tão importante quanto uma dieta saudável são os hábitos de higiene bucal. Eles são fundamentais para uma saúde bucal adequada.

Na ESF Santa Ruth há uma necessidade de serviços mais efetivos de promoção e prevenção em saúde bucal.

A proposição de um plano de intervenção com ênfase nas ações de promoção e prevenção à saúde visando a diminuir os índices de cárie e aumentar a informação dos usuários proporcionou repensar sobre as práticas em saúde bucal e organização dos serviços, mostrando a necessidade de a equipe refletir sobre suas ações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou avaliar a importância da promoção de saúde na prevenção da cárie dentária baseando-se no papel transformador da prática da odontologia na atenção básica junto às equipes de saúde da família.

Fato é que houve um marco para a história da odontologia pública a partir de 2002. Primeiramente, no que concerne à questão da concretização de investimentos do Governo Federal para a implantação de equipes de saúde bucal na ESF e, mais tarde, com a apresentação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, na qual se destaca o conceito de Educação em Saúde e a consideração do contexto sociocultural em que se insere o indivíduo.

Fica clara, desta forma, a dimensão adquirida pelo conceito de Promoção de Saúde Bucal que é muito mais amplo que o mecanicismo da aplicação tópica de flúor e da escovação supervisionada.

Por intermédio da avaliação da ESF, destacar a importância que assume no direcionamento e concretização da mudança do modelo assistencial proposto, por meio da priorização das ações de promoção de saúde junto à comunidade, o que é favorecido pela relação entre profissionais da saúde e população assistida.

No âmbito da Saúde Bucal, pode-se dizer que houve um considerável atraso da sua inserção na ESF, aproximadamente oito anos após, o que torna mais ou menos recente os desafios que a odontologia tem na mudança das práticas de saúde. Neste panorama, observaram-se, na literatura consultada, estudos de avaliação positiva das ações de promoção de saúde bucal em diversas escolas do país sobre a diminuição da prevalência de cárie dentária, o que possui importância fundamental para a melhora dos indicadores da condição de saúde bucal das populações futuras.

Embora existam programas que atuam na prevenção de cárie dentária, as ações de promoção em saúde bucal ainda são deficientes quando se verificam os altos índices de cárie dentária e a falta de informação da população adscrita do PSF Santa Ruth.

Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto voltado para a promoção e prevenção em saúde bucal, conclui-se que:

- O conhecimento da área de abrangência onde se atua é de fundamental importância, pois é mais fácil planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população;
- Toda a equipe de saúde juntamente com a população deve ser mobilizada para que o plano de intervenção proposto consiga resultados favoráveis;
- Mudanças de hábitos alimentares e de higiene bucal são necessários para a manutenção da saúde bucal e controle da cárie dentária;
- Investimentos em recursos humanos são necessários para que se tenha um atendimento mais humanizado e mais resolutivo;
- Ações intersetoriais são de extrema importância na soma de esforços para se enfrentar os problemas a serem solucionados;
- Ações coletivas de escovação dentária supervisionada e de aplicações tópicas de flúor são recursos efetivos no controle da cárie e viáveis financeiramente;
- A abordagem familiar é muito importante, de forma que as famílias tenham uma participação ativa no controle das principais doenças bucais.

Espera-se que este estudo contribua para o incentivo à promoção e prevenção em saúde bucal levando informações sobre a conscientização e manutenção da saúde bucal para os usuários.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 9: p. 2131-2140, set. 2008.
2. ALMEIDA, T. F.; COUTO, M. C.; OLIVEIRA, M. S.; RIBEIRO, M. B.; VIANNA, M. I. P. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da família, em Salvador – BA, 2008. **Rev Odontol UNESP**, v. 39, n. 6, p. 355-362, 2010.
3. ALMEIDA, T. F. *et al.* Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 9, n. 3. p. 247-52, jul./set., 2009.
4. BITTAR, T. O. *et al.* O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **RFO – IPF**; v.14, n.1, p.71-76, jan.-abr. 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde/1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, **Relatório Final**. Brasília, out. 1986. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/publicações/geral/1_cnsb.jpg. Acesso em 20/set/2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, **Relatório Final**. Brasília, 1993. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/publicações/geral/2_cnsb.jpg. Acesso em 2/out/2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.jpg. Acesso em 21/set/2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/ geral/apresentacao_abrasil_2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_abrasil_2010.pdf). Acesso em 9 out 2013.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 267**, de 6 de março de 2001. Incentivo à saúde bucal no PSF. Brasília, 2001.
12. 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, 2004 68p.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986** / Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública.- Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1998, 137 p.
14. BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
15. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p.
16. CARNUT, L. *et al.* Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7. p. 3083-3091,2011.
17. CÔRREA, M. S. N. **Odontopediatria na 1ª infância**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2005. 230 p.
18. CORTELLAZZI, K. L. **Indicadores de risco de cárie dentária e de gengivite em crianças na faixa etária de 5 anos**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, 2006.
19. FARIA, H. *et al.* **Módulo I: Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 68p.
20. FRENKEN, J. E.; HOLMGREN, C. J. **Tratamento Restaurador Atraumático (ART) para a cárie dentária**. São Paulo: Santos, 2001.
21. GARBIN, C. A. *et al.* Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v.40, n. 4, p.161-165, jul./ago.2011.
22. GARCIA, D. V. **A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: Percorrendo os bastidores do processo de formulação**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, 2006.
23. GUERRA, K. C .M. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira**. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
24. GOSUEN, L. C. A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal. **Revista Paulista de Odontologia**, v.19. p. 30-32, 1997.
25. HILGERT, E.C. **Educação em saúde bucal no ensino fundamental em escolas de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.
26. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**.- 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p.

27. MORETTI, A. C. *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1. Jun. 2010.
28. 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, 2008. 72p.
29. SILVEIRA FILHO, A. D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática.** 2002. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/dos/saudecoletiva/downloads/a_sb_no_psf.pdf. Acesso em 21 set 2013.
30. TAGLIETTA, M. F. A. Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência de cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba- SP. **Revista Faculdade de Odontologia**, v. 16, n. 1. p. 13-17, jan./abr. 2011.