

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

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL NA ESF-  
AVAÍ EM JACINTO/MG, NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES DE 6 A 12 ANOS**

**ANA MARIA ALVES EVANGELISTA**

**GOVERNADOR VALADARES / MG**  
**2012**

**ANA MARIA ALVES EVANGELISTA**

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL NA ESF-  
AVAÍ EM JACINTO/MG, NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES DE 6 A 12 ANOS**

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

Orientador: Heriberto Fiuza Sanchez

**GOVERNADOR VALADARES/MG  
2012**

**ANA MARIA ALVES EVANGELISTA**

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL NA ESF-  
AVAÍ EM JACINTO/MG, NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES DE 6 A 12 ANOS**

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

Orientador: Heriberto Fiuza Sanchez

**Banca examinadora:**

Heriberto Fiuza Sanchez – Orientador

Bruno Leonardo de Castro Sena – Examinador

**Aprovada em Belo Horizonte, 15/12/2012**

## RESUMO

A cárie é uma doença que atinge as pessoas em todas as idades, podendo interferir na saúde geral e na qualidade de vida da população. Foi observado nos grupos de crianças de faixa etária de 6 a 12 anos, da área adscrita da Estratégia Saúde da Família do distrito Avai do município do Jacinto/Minas Gerais, índices elevados de cárie. O objetivo deste estudo foi propor ações, a partir de uma revisão de literatura, que orientem o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e interfiram no processo da doença cárie na população de faixa etária de 6 a 12 anos. Realizou-se em um primeiro momento o diagnóstico situacional do território onde foram levantados os principais problemas através de pesquisa em documentos e registros dos arquivos de saúde bucal do município, análise dos odontogramas nos prontuários de crianças de 6 a 12 anos, dados da ficha A, bem como entrevista com informante chave. Posteriormente realizou-se a pesquisa na BIREME, nas bases MEDLINE E LILACS, por artigos publicados no período de 2000 a 2012 na língua portuguesa. Foram selecionados 12 artigos e 1 tese, 2 monografias, 1 documento do Ministério da Saúde, 1 Linha Guia, 1 Caderno de Atenção Básica e 2 protocolos de atenção à saúde bucal. Conclui-se que as ações de promoção, prevenção e reabilitação devem ser realizadas forma conjunta e de acordo com as necessidades da população e a realidade local, bem como ser planejadas, além de se buscar parcerias com as escolas.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde bucal, Saúde Bucal e Protocolos em saúde Bucal.

## **ABSTRACT**

Dental carie is a disease that affects people at all ages, and may impact overall health and quality of life of population. Groups of children aged 6 to 12 years were examined, from the enrolled area of family health strategy of district Avaí of the municipality of Jacinto/Minas Gerais. Considering the high caries indices, the objective this study was to propose actions, from a literature review, to guide the work process of the dental health team and interfere in the process of caries in the population aged 6 to 12 years. First it was held a territory diagnose, when dental caries raised as the main problem after research on documents and files oral health of municipality. Subsequently a research was held on bases MEDLINE AND LILACS, by articles and thesis, as well to documents of the health ministry. To finish of the promotion, prevention and rehabilitation should be held jointly and in accordance with the needs of the population and the local reality, end being to plan out end to search partnershid with the school.

**Keyword:** planning for oral health, oral health and oral health protocols.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agentes comunitários de saúde

ASB - Auxiliar de saúde bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

NOAS – Normas operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SIAB - Sistema de Informação em Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TRA - Tratamento restaurador atraumático

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 01:** População segundo a faixa etária na área de abrangência do ESF – Avaí (2010/2011) município de Jacinto, MG-----14
- Tabela 02:** Percentual de domicílios segundo o abastecimento de água em 2010 e 2011 do distrito Avaí / município Jacinto, MG.-----15
- Tabela 3:** Porcentagem de domicílios e seus respectivos recursos para o tratamento da água da ESF – Avaí (2010/2011) município de Jacinto, MG.-----16
- Tabela 4:** Número de domicílios segundo o destino do lixo da ESF – Avaí (2010/2011) município de Jacinto, MG.-----17
- Tabela 5:** Número de domicílios segundo o destino das fezes e urina da ESF – Avaí (2010/2011) município de Jacinto, MG. -----17
- Tabela 6:** Artigos científicos selecionados para leitura e análise, segundo autores, título do trabalho, periódico e ano de publicação, revisão de literatura de propostas de planejamento de ações em saúde bucal da população na faixa etária de 6 a 12 anos, 2012.-----19
- Tabela 7:** Teses, monografia e diretrizes selecionadas para leitura e análise, segundo autores, título do trabalho, e ano de publicação, revisão de literatura de propostas de planejamento de ações em saúde bucal da população na faixa etária de 6 a 12 na-----21

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	09
<b>2 OBJETIVOS</b>	11
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	11
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	11
<b>3 METODOLOGIA</b>	12
<b>4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b>	13
<b>4.1 Aspectos Demográficos</b>	14
<b>4.2 Perfis territorial – Ambiental</b>	15
<b>4.3 Perfil Sócio Econômico</b>	18
<b>4.4 Estratégia Saúde da Família Avai</b>	18
<b>5 RESULTADOS</b>	19
<b>6 REVISÃO DE LITERATURA</b>	22
<b>7 DISCUSSÃO</b>	25
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	33
<b>REFERÊNCIAS</b>	34

## 1 INTRODUÇÃO

Após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Avaí, a cárie foi selecionada como o principal problema baseado em sua importância, urgência e a capacidade para ser enfrentada, visto que é uma doença que atinge as pessoas em todas as idades, podendo interferir na saúde geral e na qualidade de vida da população.

Na unidade básica em que trabalho percebi através do atendimento clínico o número expressivo de crianças e adolescentes de 6 a 12 anos que chegavam até o serviço com a doença cárie instalada bem como as manifestações de sua progressão como dor e edema.

Após o estudo da disciplina planejamento em saúde do curso de atenção primária à saúde oferecida pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (NESCON), entendi que a cárie *“embora seja uma doença de alta prevalência, seu controle nos dias atuais, é perfeitamente viável e pode-se almejar sua erradicação se as ações corretas forem tomadas”* (LAURIS, 2006, p.2).

Os fatos supracitados contribuíram para a realização do presente estudo que através de uma revisão de literatura objetiva a construção de propostas de ações baseadas em reflexões sobre os fatores determinantes ao adoecimento pela cárie, e que estas sejam capazes de mudar a situação de saúde bucal da população nesta faixa etária.

A cárie é considerada um dos agravos de maior prevalência no Brasil, sendo, portanto um problema de saúde pública com graves consequências sociais e econômicas (FERNANDES, 2005; PERES, 2000).

Relaciona-se com fatores de risco comuns a outras doenças como condições sócias econômicas e culturais, consumo excessivo de açúcar, falta de acesso ao flúor, bem como outros fatores próprios de cada indivíduo, como a capacidade tampão da saliva. A condição socioeconômica da população interfere diretamente no acesso a atenção integral da saúde bucal, que influencia na qualidade de vida do indivíduo em sua saúde e socialização, bem como no acesso à escova e creme dental fluoretado, à água fluoretada, e hábitos alimentares (MINAS GERAIS, 2006).

A equipe de saúde bucal da unidade ESF Avaí realiza atendimento clínico, trabalhos preventivos nas escolas e visitas domiciliares; no entanto, tais ações são realizadas sem um planejamento e conseqüentemente sem objetivo e avaliações dos resultados.

Espera-se que o presente trabalho oriente a equipe na utilização dos recursos disponíveis através do planejamento das ações direcionadas á população da faixa etária de 6 a 12 anos e que se consiga chegar a uma redução da cárie, sem, no entanto, abandonar as outras faixas etárias, já que estas foram esquecidas ou não priorizadas por anos no planejamento em saúde bucal. Portanto as ações em saúde bucal continuarão abrangendo toda a população de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) da atenção em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Propor ações, a partir de uma revisão de literatura, que orientem o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e interfiram no processo da doença cárie na população de faixa etária de 6 a 12 anos.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Contribuir para a redução nos índices de cárie na faixa etária de 6 a 12 anos.
- Organizar os serviços de saúde bucal do ESF Avaí do município de Jacinto.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, considerada apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Tal tipo de revisão permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre determinada temática específica, sendo ainda caracterizados pela análise da literatura publicada em livros, artigos em formato impresso ou eletrônico (BERNARDO *et al.*, 2004).

O presente trabalho foi realizado em um primeiro momento a partir do diagnóstico situacional do território abrangente do ESF Avaí, distrito de Jacinto / MG, onde foram levantados os principais problemas através de pesquisa em documentos e registros dos arquivos de saúde bucal do município, análise dos odontogramas nos prontuários de crianças de 6 a 12 anos, dados da ficha A, bem como entrevista com informante chave. Pode-se verificar a cárie na população de faixa etária de 6 a 12 como um problema à ser enfrentado pela equipe de saúde bucal.

No segundo momento foi realizada uma revisão bibliográfica. Para tal determinou-se os descritores “planejamento em saúde bucal”, “saúde bucal” e “Protocolos em saúde Bucal”, realizaram-se buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME): <http://www.saudepublica.bvs.br>, nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Foram consultadas linhas guias e caderno de atenção básica do Ministério da Saúde. Foram escolhidos trabalhos como teses, dissertações e monografias e na forma de artigos científicos nos períodos de 2000 a 2012 na língua portuguesa.

Foram selecionados 12 artigos e 1 tese, 2 monografias, 1 documento do Ministério da Saúde, 1 Linha Guia, 1 Caderno de Atenção Básica e 2 protocolos de atenção à saúde bucal. Após a leitura dos títulos e resumos dos mesmos, buscou-se identificar assuntos correlacionados ao planejamento de ações na faixa etária de 6 a 12 anos. Após a leitura e fichamento dos trabalhos selecionados, foram formuladas propostas de ações para orientar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal da ESF Avaí.

#### 4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município de Jacinto está localizado no médio baixo Jequitinhonha, no estado de Minas Gerais, e situa-se a 830 km de Belo Horizonte. Jacinto foi emancipado em 1943, elevado à categoria de comarca em 1948. Com uma população de 12.134 habitantes distribuída em uma área de 1393,606 km<sup>2</sup>, está localizada na microrregião de Almenara, limitando-se com os municípios de: Almenara, Santa Maria do Salto, Jordânia, Salto da Divisa, Santo Antônio do Jacinto e Rubim.

A ESF Avaí localiza-se na zona rural a 44 km do município de Jacinto, e segundo relato dos informantes – chave sua formação teve início em 1951 por um decreto do então Deputado Estadual Otelino Ferreira Sol e a doação da área por um fazendeiro da localidade. Ocorriam reuniões religiosas, as chamadas missões, em que as famílias que residiam nas fazendas se encontravam. Nesta época os moradores se mantinham com a agricultura familiar indo às cidades vizinhas comprar o que não produziam. Como a localidade era um ponto de confluência, onde a estrada dava acesso às outras cidades, o que facilitaria o comércio local, então surgiu o distrito Avaí. A população ainda comemora festas religiosas.

Segundo dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), em 2011 a população total da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) era de 2243 pessoas, está dividida em cinco microáreas, estando duas localizadas no distrito e as três restantes nas respectivas comunidades: Fazenda Palmeira, Brejo dos Ambrósios, Córrego farinhas, Mata verde, Monteiros, Sapatinha, Padre Valdir e Janjão.

No distrito é feita a limpeza pública e a coleta de lixo todos os dias, e este é levado para o aterro sanitário. Os moradores criam porcos nos quintais de suas residências, sendo comum a presença de porcos, cachorros, cavalos e galinhas soltos nas ruas. Possui, como principais centros de lazer, 01 praça que está sendo reformada, 01 quadra poliesportiva, 01 igreja Católica e 5 protestantes.

O distrito possui duas escolas: uma estadual e outra municipal e nesta o município têm investido na construção da quadra e muro que antes era inexistente, sendo em que dias de chuva as aulas suspensas, pois a escola era invadida por lama. Na comunidade existe a associação rural, onde muitas famílias fabricam a farinha e seus derivados e os comercializam.

O distrito possui um ônibus coletivo disponibilizado pela prefeitura o qual é gratuito e outro para o transporte escolar dos alunos para o município de Jacinto, e alguns taxis.

Não há sinal de telefonia celular no distrito e apenas 05 telefones públicos servem à população.

Os principais empregadores são a Prefeitura e os produtores rurais, predominando o trabalho braçal.

A festa de Santo Antônio, padroeiro do distrito e as festas juninas são as principais manifestações culturais.

Para a construção do diagnóstico situacional os dados foram coletados do SIAB, entrevistas com os informantes – chave, e observação ativa. Foi realizado por uma equipe composta pelos profissionais da ESF Avaí.

Os dados seguintes nas tabelas expressam esta realidade local.

#### 4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O conhecimento do número de pessoas residentes na área de abrangência da ESF Avaí, bem como da estratificação por faixa etária, constituem dados importantes no planejamento da atenção.

**Tabela1** - População segundo a faixa etária na área de abrangência do ESF – Avaí (2010/2011) município de Jacinto, MG.

Faixa Etária	2010	2011
Menor de 1 ano	11	25
1 a 4 anos	143	131
5 a 6 anos	74	72
7 a 9 anos	126	130
10 a 14 anos	212	204
15 a 19 anos	216	211
20 a 39 anos	599	589
40 a 49 anos	281	296

50 a 59	219	241
60 anos e +	325	344
<b>Total</b>	<b>2213</b>	<b>2243</b>

**Fonte: SIAB 2010/2011**

#### **4.2 PERFIS TERRITORIAL – AMBIENTAL**

A ESF Avaí está localizada na zona rural, rua 19 de Janeiro, no município de Jacinto/MG, distando 44km do centro da cidade, limitando-se com as seguintes comunidades: Córrego do Rubim, Farinhas, Macacos, Brejo dos Ambrózios, Mata Verde e Janjão.

##### **Delimitações do território:**

Existem algumas comunidades dentro de sua área de abrangência e respectivas distancias da ESF: fazenda Palmeiras (10km), Brejo dos Ambrósios (15km), Córrego das Farinhas (8km), Mata Verde ( 6km), Monteiros (16km), Sapatinha (20km), Padre Valdir (20km) e Janjão (18km).

##### **Características Domiciliares:**

O conhecimento das características dos domicílios são etapas importantes da territorialização na construção do diagnóstico situacional, pois através destas se consegue a caracterização da área de responsabilidade da equipe de saúde, para que assim possa se realizar o planejamento das ações.

**Tabela 2** - Percentual de domicílios segundo o abastecimento de água em 2010 e 2011 do distrito Avaí / município Jacinto, MG.

<b>Modalidade</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
-------------------	-------------	-------------

<b>Abastecimento de água</b>	<b>Números de domicílio</b>	<b>% domicílios</b>	<b>Números de domicílio</b>	<b>% domicílios</b>
Rede pública	336	51,38	316	47,16
Poço ou nascente	270	41,28	311	46,42
Outros	48	7,34	43	6,42

**Fonte: SIAB 2010/2011**

Segundo dados obtidos do SIAB 2010, das 654 famílias cadastradas mais de 50% tem abastecimento de água pela rede pública e 40% derivam de poço ou nascentes. Em 2011 houve uma redução nas modalidades de abastecimento de água pelas famílias, ocorrendo uma redução no abastecimento pela rede pública e aumento por poços ou nascentes. Tal fato é explicado porque não há uma empresa de tratamento da água, sendo a filtração o método de purificação da mesma.

**Tabela 3 –** Porcentagem de domicílios e seus respectivos recursos para o tratamento da água da ESF – Avaí (2010/2011) município de Jacinto, MG.

<b>Modalidade</b>	<b>2010</b>		<b>2011</b>	
	<b>Números de domicílio</b>	<b>% domicílios</b>	<b>Números de domicílio</b>	<b>% domicílios</b>
Filtração	606	92,66	577	86,12
Fervura	2	0,31	3	0,45
Cloração	7	1,07	17	2,54
Sem tratamento	39	5,96	73	10,90

**Fonte: SIAB 2010/2011**

Analisando-se a tabela 3 observa-se que em relação ao tratamento de água nos domicílios do distrito Avaí, houve um aumento do número de domicílios que consomem água sem tratamento. Tal fato se encontra em desacordo com o que é previsto pela Organização

Mundial da Saúde (OMS), a qual prevê que 100% da população tenha água tratada. Esse fato explica em parte os casos de doenças infecciosas e parasitárias na comunidade.

**Tabela 4** – Número de domicílios segundo o destino do lixo da ESF – Avaí (2010/2011)  
município de Jacinto, MG.

<b>Modalidade</b>	<b>2010</b>		<b>2011</b>	
<b>Destino do lixo</b>	<b>Número domicílio</b>	<b>% domicílios</b>	<b>Números de domicílio</b>	<b>% domicílios</b>
Coleta pública	309	47,25	305	45,52
Queimado / enterrado	198	30,28	221	32,99
Céu aberto	147	22,48	144	21,49

**Fonte: SIAB 2010/2011**

O lixo produzido é queimado ou enterrado em 30,28% domicílios e 22,48% é jogado a céu aberto, segundo dados de 2010. Em 2011 observa-se um aumento nestes números. Em contra partida houve uma redução dos domicílios que jogam o lixo a céu aberto. O saneamento básico do distrito é deficiente, no que se refere ao tratamento de água e esgoto. Em 2010 uma empresa de tratamento de água e esgoto iniciou as obras, que até 2011 não foi concluída. O lixo é jogado no rio das farinhas, que se localiza dentro da cidade e em um aterro sanitário próximo ao distrito.

**Tabela 5** - Número de domicílios segundo o destino das fezes e urina da ESF – Avaí  
(2010/2011) município de Jacinto, MG.

<b>Modalidade</b>	<b>2010</b>		<b>2011</b>	
<b>Destino de Fezes e urina</b>	<b>Números de domicílio</b>	<b>% domicílios</b>	<b>Números de domicílio</b>	<b>% domicílios</b>
Sistema de esgoto	294	44,95	285	42,54
Fossa	232	35,47	251	37,46
Céu aberto	128	19,57	134	20,00

**Fonte: SIAB 2010/2011**

Analisando a tabela acima pode-se observar que a porcentagem de domicílios cujas fezes e esgoto são jogados a céu aberto corresponde a 20% dos domicílios, o que torna um ambiente propício à transmissão de doenças. Esses dados mostram uma realidade que está fora do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que prevê que 100% dos domicílios tenham rede de esgoto.

### **4.3 PERFIL SÓCIO ECONÔMICO**

A população vive do trabalho nas fazendas onde predomina a pecuária e em menor porcentagem a agricultura familiar, empreiteiras de pavimentação das rodovias da região e a partir de empregos gerados pela prefeitura, sendo, portanto, grande o número de desempregados. A quantidade de famílias com a renda per capita inferior a R\$60,00 representa 7% do total de famílias do território.

### **4.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “AVAÍ”**

Dentro da área de abrangência, encontra-se a unidade de atenção primária à saúde com saúde bucal modalidade 1, duas escolas, campo de futebol. Ainda nesta área encontram-se áreas de deslizamento de terra e lixo. A construção da unidade atende parcialmente os requisitos exigidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC). A sala de espera é confortável, com assentos suficientes para acomodar os usuários. Não existe sala de gerência e administração. A sala de reuniões tem espaço suficiente, mesa e cadeiras em número compatível com os participantes de atividades educativas, com apenas uma televisão como equipamento de mídia. A unidade é composta por: 01 clínica básica, 01 sala para o dentista, 01 para curativo, 01 de enfermagem, 01 de imunização, 01 farmácia e 01 recepção. Possui os seguintes serviços especializados: estratégia saúde da família, serviço de atenção ao paciente com tuberculose, serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, serviço de vigilância em saúde. A equipe é composta pelos seguintes profissionais: 01 cardiologista, 01 enfermeira, 01 odontóloga, 05 agentes comunitários de saúde (ACS), 01 auxiliar de saúde bucal (ASB), 01 técnico em enfermagem, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais.

## 5 RESULTADOS

A tabela 6 apresenta os trabalhos encontrados, analisados e selecionados para serem utilizados no desenvolvimento do presente trabalho, no formato de artigos científicos, nos quais são descritos os autores, os títulos, periódicos e ano.

**TABELA 6** - Artigos científicos selecionados para leitura e análise, segundo autores, título do trabalho, periódico e ano de publicação, revisão de literatura de propostas de planejamento de ações em saúde bucal da população na faixa etária de 6 a 12 anos, 2012

AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
PERES, K. G. de A.; BASTOS, J. R. de M. e LATORRE, M. do R. D. de O.	Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais.	Rev Saúde Pública, v.34, n.4	2000
CARVALHO <i>et al.</i>	A dinâmica da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.	Rev da Escola de Saúde pública do RS, v.18, n.1, Jan./Jun.	2004
FERNANDES, L. S.; PERES M. A.	Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais.	Rev Saúde Pública, v.39, n.6	2005
NARVAI <i>et al.</i>	Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social.	Rev Panam Salud Publica, Vol.19, n.6	2006
RONCALLI, A. G.	Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado.	Ciên Saúde Coletiva, v.11, n. 1	2006
SANTOS, A. M.	Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: Ações Individuais e Coletivas Baseadas em Dispositivos	Revista APS, v.9, n.2, Jul./dez.	2006

---

	Relacionais e Instituintes.		
SILVA <i>et al.</i>	Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA).	Ciên. Coletiva, V.12, n.5	Saúde 2007
NORO <i>et al.</i>	A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil.	Cad. de Saúde Pública, v.24, n.7	2008
PERES <i>et al.</i>	Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil.	Ciên. Saúde Coletiva, v.13, suppl.2	2008
DOMINGOS <i>et al.</i>	Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro.	Arquivos Odontologia, v.45, n.2	em 2010
CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE M. V.	Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal.	Ciên. Saúde Coletiva, v.16, n.10	2011
PIMENTEL <i>et al.</i>	Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico.	Caderno de Saúde Pública, v. 28	2012

---

A leitura dos 12 artigos selecionados contribuiu para a percepção da importância do planejamento das ações em saúde bucal, tornando possível a efetividade das ações, bem como sua avaliação e redirecionamento. Essa leitura foi complementada com os conteúdos presentes nos demais trabalhos selecionados, expostos na tabela 7, que traz a descrição dos trabalhos no formato de tese, monografia, protocolos de cuidado à Saúde e Organização do

Serviço, Linhas Guias e documento do Ministério da Saúde. As ideias dos autores serão explicitadas mais adiante na discussão.

**TABELA 7:** Teses, monografia e diretrizes selecionadas para leitura e análise, segundo autores, título do trabalho, e ano de publicação, revisão de literatura de propostas de planejamento de ações em saúde bucal da população na faixa etária de 6 a 12 anos, 2012

<b>AUTORES</b>	<b>TRABALHOS</b>	<b>ANO</b>
BRASIL	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.	2004
BRASIL	Cadernos de Atenção n 17	2006
FLORIANÓPOLIS	Protocolo de atenção à Saúde Bucal	2006
LAURIS, J. R. P.	Cárie Dentária em Crianças de 12 anos no Brasil: Estudo Retrospectivo dos Levantamentos Epidemiológicos de 1980 a 2005.	2006
MINAS GERAIS	Atenção em Saúde Bucal	2006
CARDOSO, S. A.	Protocolo de Organização do Serviço de Saúde Bucal do Município de Pirapora – MG.	2011
COLOMBO	Protocolo Municipal de Saúde Bucal. Colombo/PR.	2012
MIRANDA, F. L. DE M.	Proposta de Protocolo para a Reorganização do Serviço Público de Saúde Bucal de Felixlândia, Minas Gerais.	2012

## 6 REVISÃO DE LITERATURA

Para se entender que as ações e serviços de saúde devem ser direcionadas para o bem-estar da população, e, portanto sua garantia de qualidade de vida, é necessário primeiramente compreender o processo saúde-doença. (JUNQUEIRA, 2007).

Segundo Lima (2009) por ser a cárie uma de doença de natureza multifatorial, tem motivado pesquisa na busca de ações preventivas capazes de interferir diretamente nos fatores determinantes no processo do desenvolvimento da cárie, bem como de meios de aumentar a resistência do hospedeiro.

Vicente *et al* (2011)apresentou os resultados de um programa de manutenção da saúde multidisciplinar o qual objetivava diagnosticar e prevenir doenças na infância em escolares de 6 a 12 anos, durante o período de março de 1998 a julho de 2008. Foram realizados procedimentos individuais e coletivos envolvendo diagnóstico e prevenção da cárie dentária, enteroparasitoses e febre reumática, por meio de um programa de manutenção da saúde e atividades educativas. Através dos resultados observou-se que 4.837 crianças analisadas 81% destas apresentavam alto índice de desenvolvimento da cárie o qual tinha relação com a concentração de *Streptococcus mutans* na saliva. Concluíram que através das ações preventivas foi possível identificar precocemente os riscos á cárie, a adoção de medidas profiláticas que contribuíram para a redução da atividade de cárie em crianças com alto índice microbiológico.

A fluoretação da água de abastecimento público é considerada um dos meios mais efetivos de controle da cárie dentária, devido á sua maior constância no meio bucal. Para o seu êxito no declínio da prevalência da cárie é necessário além de sua manutenção, o monitoramento do teor de flúor necessário ao controle da cárie e prevenção da fluorose. (RAMIRES; BUZALAF, 2007).

No trabalho realizado por Lima (2009), onde se verificou a incidência de cárie dentária em 640 crianças através de um programa preventivo baseado no controle mecânico da placa dentária por meio da profilaxia profissional com jato de bicarbonato de sódio realizada anualmente, aplicado e monitorado por 25 anos em uma clínica particular. Os resultados mostraram que as crianças que apresentavam antes do início do programa 5,3 faces cariadas, passaram a ter em média 0,18 faces cariadas, e a incidência de cárie de 0,9 para 0,03.

Concluíram, portanto que a profilaxia profissional com jato de bicarbonato é um dos métodos preventivos mais efetivos para a resolução da cárie dentária, devido à sua aplicação ser possível em todas as crianças independente de sua capacidade psicomotora e social, e ter melhor relação custo- benefício.

Amaral *et al.* (2009) acredita que a redução na atividade de cárie esta relacionada com a diminuição da quantidade de placa bacteriana e em consequência na história natural da doença. Os autores chegaram á esta conclusão após a realização de um programa odontológico preventivo direcionado para crianças que frequentavam as instituições de ensino de Piracicaba/ São Paulo. Foram avaliados dois grupos, em que para as crianças do grupo teste realizaram-se ações de promoção e prevenção em saúde, uso de fluoretos (de acordo com risco de cárie) e higiene bucal supervisionada. Após 18 meses realizaram a avaliação do programa, onde os resultados foram submetidos análise estatística.

Um dos fatores que contribuem para que prevalência de cárie aos 12 anos ser moderada é o acesso dos escolares à prevenção primária.( DINI *et al.*, 1993).

Em relação aos procedimentos coletivos acredita-se que:

Os procedimentos coletivos foram incorporados na rotina das unidades básicas de saúde dos municípios do Estado, e são aplicados em sua grande maioria, em escolas de primeiro grau (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série). Admite-se que a permanência destes procedimentos nas escolas, aliados á outros fatores citados, contribui para que os índices de cárie em crianças sejam controladas, uma vez que a população-alvo passa a integrar um sistema de prevenção.(JUNQUEIRA, 2007, p.21).

PEIXOTO (2003) após uma revisão de literatura sobre a prevenção de cárie dentro da escola, afirma que “*as medidas de prevenção mais efetivas são aquelas que não dependem da liberdade individual e que exigem uma só dose ou um período curto de aplicação*”, citando como exemplo a fluoretação da água de abastecimento público, e a aplicação de flúor nas escolas desde que funcione com regularidade e sem interrupções. Concluiu que os resultados dos bochechos semanais com soluções neutras de fluoreto de sódio a 0,2% são superiores comparados aos quinzenais. E que os programas preventivos de fluoretação, como a fluoretação da água de abastecimento público, bochechos com flúor, aplicação tópica e uso de dentifício fluoretados são os meios eficazes no controle da cárie.

Pinto (1993) realizou um trabalho onde foram analisados os resultados preventivos da aplicação tópica semestral de gel com flúor fosfato acidulado em 998 crianças de 6 a 10 anos. Os resultados mostraram que ao final de 1 ano nos locais sem flúor na água de abastecimento público a redução incidência de cárie de 31,6%, 24,9 % e 39,5 em crianças de

6, 8 e 10 anos respectivamente. Já nas áreas com fluoretação da água de abastecimento a reduções foram de 24,3%, 26,6 e 27,7. Através dos resultados chegou as seguintes conclusões: que houve redução dos índices de cárie com a aplicação do gel com flúor fosfato acidulado independente da fluoretação ou não da água de abastecimento, o método é seguro por não provocar reações tóxicas imediatas ou mediatas nas crianças, e de fácil aplicação e aceitação tanto pelas crianças e pais quanto pela escola por interferir pouco nas atividades de ensino, além de ser de baixo custo, e sua periodicidade permite que a equipe realize outras ações.

As normas operacionais básicas (NOAS-SUS/2001) apontam a importância de uma prática profissional voltada para a integralização das atividades promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras para vários grupos populacionais. E recomenda a realização de levantamento epidemiológico, escovação supervisionada e evidenciação de placa, bochechos com flúor, educação em saúde bucal. A destinação destas atividades é prioritária para a população de zero a 14 anos e gestantes. (BRASIL, 2001).

Lucas 2004 em sua tese analisou através de um estudo ecológico e de um estudo de base individual, o cumprimento do percentual de crianças livres de cárie aos cinco anos de idade, e o CPOD aos 12 anos. No primeiro estudo analisou-se o cumprimento das referidas metas em 80 municípios do estado de Minas Gerais, onde 37% dos municípios alcançaram o percentual de 50% de crianças livres de cárie aos cinco anos, e 8% dos municípios alcançara a segunda meta referida. O segundo estudo foi realizado em Ipatinga/ MG, onde foram realizados exames clínicos em 232 crianças de cinco anos e 151 de doze anos e a aplicação de um questionário aos pais. Ao final do trabalho chegou às seguintes conclusões: é necessário investimento em procedimentos coletivos; a cárie diminui na presença de medidas coletivas como a fluoretação da água e consumo de creme dental fluoretado, sendo estas importantes para escolares por ser uma faixa etária mais vulnerável, além das ações referidas serem de baixo custo e de grande impacto.

## 6 DISCUSSÃO

A cárie é considerada uma manifestação clínica de uma infecção bacteriana, cuja atividade causa um processo contínuo de desmineralização e remineralização do tecido dentário e a sua formação se dá através do desequilíbrio deste processo com a progressão da desmineralização. Vários fatores são determinantes neste processo, o que faz desta uma doença multifatorial (COLOMBO, 2012).

Em 1993, na II Conferência de Saúde Bucal esta foi definida como “*parte integrante e inseparável do indivíduo*” (MINAS GERAIS, 2006, p.79).

A inserção da saúde bucal no PSF criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica (PIMENTEL, 2012), através da definição de estratégias de ação para as equipes de saúde bucal da saúde da família (COLOMBO, 2012).

Para que se organize o processo de trabalho e as ações de saúde:

O planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. E através deste é possível a análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação (BRASIL, 2006, p. 14).

Uma etapa importante do planejamento das ações em saúde é o diagnóstico das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento da população adscrita, o qual fornece subsídios para que se realize o planejamento e a programação das ações e permite a priorização dos grupos com maior necessidade, direcionando assim os recursos e tornando as práticas mais efetivas (RONCALLI, 2006; CARVALHO *et al.*, 2011).

No que se refere ao direcionamento das ações, afirmam que:

Um fator pouco considerado atualmente como redefinidor das práticas odontológicas na ESF é o enfoque de risco. Por meio desse, é possível identificar as populações com maior risco de desenvolver determinados agravos e, com isso, estabelecer prioridades na atenção à saúde. (PIMENTEL *et al* ,2012, p. 9)

Segundo Carvalho *et al.* ( 2004) o planejamento pode ser elaborado à partir do diagnóstico situacional e prioritariamente eleger as áreas de maior vulnerabilidade social, para iniciar as ações. Mas antes é necessário determinar o que será realizado, onde, quem realizará, para quem e quais os recursos que serão utilizados.

A avaliação do risco de cárie identifica o grau de necessidade de intervenções terapêuticas para cada indivíduo e a probabilidade do desenvolvimento ou progressão de uma

lesão cáries em determinado tempo. Segundo um protocolo municipal de saúde bucal (COLOMBO, 2012), podem-se identificar fatores de risco através de informações colhidas durante a anamnese, como: história médica, hábitos, higiene bucal e vulnerabilidade social.

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que o desenvolvimento das ações deve ser focado nos grupos de risco, fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais desta forma evitando o surgimento ou a persistência de doenças e seus danos (MINAS GERAIS, 2006).

A reorganização da atenção em saúde bucal, pode se dar através das diretrizes propostas pelo Ministério de Saúde, na qual o eixo norteador é conceito de cuidado, cujo *“objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida”* (BRASIL, 2004, p.3).

Entre os modos de acesso para a atenção em saúde bucal, a Linha Guia (MINAS GERAIS, 2006) sugere que seja feito através dos grupos priorizados a partir de definição local. E acrescentam que nesta definição devam ser considerados três fatores como: o risco social, o sistêmico e o risco por ciclo de vida. Neste último as crianças devem ser consideradas prioritárias de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Silva *et al.* (2007) realizaram um estudo do perfil da assistência odontológica pública a crianças e adolescentes nas unidades de saúde do município de São Luís (MA), por meio de visitas e entrevistas. De acordo com os resultados 91,1% das unidades de saúde o atendimento odontológico se concentra na faixa etária de 6 a 12 anos.

Segundo Domingos *et al.* (2010) a idade de doze anos é padrão internacional quando se avalia as condições de cárie dentária, pois esta é a menor idade na qual o indivíduo apresenta a dentição permanente completa, sem considerar o terceiro molar.

A partir do atendimento desses grupos, outros receberão atendimento, assegurando o acesso progressivo de toda a população adscrita, de acordo com o princípio da universalização, o que não significa atenção exclusiva a esta população, pois estes terão acesso às ações de vigilância à saúde, educativas, coletivas, fluoretação da água, acesso a dentifríco fluoretado e escova e grupo operativo (MINAS GERAIS, 2006).

Peres *et al.* (2008) realizaram um estudo na região sudoeste no Estado de São Paulo, onde foi analisada a prevalência de cárie e sua relação com as variáveis localização geográfica e gênero. Observaram que a doença está concentrada em 34% dos adolescentes e concluíram que está ocorrendo o fenômeno da polarização da cárie na população da faixa etária de 12

anos, sendo que o índice é mais elevado nos adolescentes residentes na zona rural. Concluíram que os agravos bucais estão concentrados em uma parcela da população, a qual requer maior atenção odontológica. Acrescentaram ainda que estas diferenças podem ser reduzidas através da integralidade da atenção com a promoção e prevenção e tratamento da saúde bucal.

No trabalho de Carvalho *et al.* (2004) os autores apresentam, através de uma revisão de literatura, elementos que podem auxiliar a equipe na organização de sua prática, respeitando as especificidades de cada realidade local. Afirmam que não existe um método único que ofereça melhoria na saúde bucal da população, mas consideram o conhecimento da realidade local um dos mais importantes delineadores de políticas de atenção á saúde. Propõem os seguintes itens para a organização da atenção:

#### **1- Ações educativo-preventivas:**

Estas ações devem ser priorizadas no planejamento, por serem consideradas de baixa complexidade e alta abrangência populacional. (CARDOSO *et al.*, 2002 apud CARVALHO *et al.*, 2004).

No que se refere à prevenção das doenças bucais, Peres *et al.* (2008, p.9) acreditam na “ *importância da fluoretação das águas de abastecimento aliada ao uso de dentifrícios fluoretados e a implementação de programas educativos e preventivos para pré-escolares*”. Em contrapartida ao realizarem um estudo, analisaram a evolução da experiência de cárie entre escolares brasileiros no período de 1980 à 2003 e concluíram que:

A elevação do acesso tanto à água quanto ao creme dental fluoretados têm resultado em expressiva diminuição na prevalência geral da cárie dentária. Contudo, tais estratégias não têm sido suficientes para reduzir as desigualdades entre as regiões e na população escolar como um todo. (NARVAI *et al.*,2006, p.392).

Entretanto as ações preventivas como higiene bucal supervisionada, controle de placa, aplicação terapêutica de flúor e de cariostático devem ser realizadas de acordo com a necessidade do grupo.

Em concordância com os autores supracitados, a Linha Guia (MINAS GERAIS, 2006) afirma que as ações educativas objetivam estimular o usuário a ter autonomia e colaborar para sua saúde, podendo ser feitas com enfoque na população e na identificação de grupos e espaços sociais como os pré-escolares e escolares, doenças bucais ou complicações

sistêmicas, grupos portadores de fatores de risco comum, equipe de saúde, grupos operativos na unidade de saúde, famílias e indivíduo.

Entretanto neste momento inicial as atividades clínicas devem incluir além das ações de prevenção e promoção de saúde, atendimento clínico odontológico às demandas urgentes, enquanto o planejamento completo é efetivado (SILVEIRA FILHO, 2002 apud CARVALHO *et al.*, 2004).

## **2- Eleição de espaços sociais para atuação da equipe de saúde bucal.**

Os reconhecimentos dos espaços sociais e seus atores sociais tornam-se fundamental no início das atividades, pois os atores quando sensibilizados agem como facilitadores do trabalho junto à população, e os espaços são locais em que podem ser desenvolvidas ações preventivas e educativas.

## **3- Organização da demanda:**

- Atenção à livre demanda;
- Atenção às urgências;
- Atenção programada;

É caracterizada pelo atendimento de pessoas cadastradas nas áreas de maior vulnerabilidade, sem excluir, no entanto os usuários das demais áreas que procuram o serviço pela livre demandam. O agendamento para o atendimento individual se fará pela atividade da doença cárie, onde os indivíduos sem atividade desta serão incluídos nos grupos de controle, com busca ativa programada.

Na organização da demanda NORO *et al.* (2007) afirmam que o conhecimento das necessidades da população e a incorporação de ações coletivas são fundamentalmente importantes; entretanto o monitoramento contínuo do paciente, logo após o diagnóstico precoce das enfermidades e do tratamento imediato são igualmente importantes, garantindo assim o controle das doenças bucais e melhoria na qualidade de vida desta.

- Manutenção ou retorno programado.

O acompanhamento periódico e as orientações para o autocuidado dos indivíduos que tiveram seu tratamento concluído ou que vêm se mantendo saudáveis será realizado pelos agentes comunitários de saúde, auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal, possibilitando assim maior acesso e cobertura da atenção.

Segundo o protocolo de atenção a saúde bucal (COLOMBO, 2012) o agendamento das atividades da equipe se baseará nas necessidades da população, representada pelos grupos prioritários e escolas, com periodicidade semanal. Quanto às atividades preventiva e educativa

em escolares seguirão o seguinte roteiro: palestra semanal para todos os alunos da escola; evidenciação de placa e escovação; bochechos semanais com flúor na concentração de 0,2%; terapia com flúor (escovação supervisionada e escovação com flúor gel) a cada seis meses com os alunos maiores de 6 anos de idade, em quatro aplicações semanais; após a conclusão desta terapia serão realizados apenas escovação supervisionada e revelação de placa bacteriana, decorridos os seis meses serão reiniciadas as atividades com flúor. Em relação aos adolescentes é nesta fase que o indivíduo consolidará a mentalidade do autocuidado deste que seja bem orientado, sendo também importante o apoio ao seu desenvolvimento pessoal. Estes devem ser acolhidos, ouvidos sem questionamentos e censuras e orientados com linguagem fácil assimilação pelo profissional.

De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal (FLORIANÓPOLIS, 2006) atualmente a promoção da saúde é constituída pela recuperação dos danos causados pelas doenças bucais, aplicação de métodos de prevenção e a educação em saúde, os quais possibilitarão o autocuidado e manutenção da saúde. As consultas e procedimentos coletivos poderão ser da seguinte forma:

- **Crianças:** o atendimento clínico na unidade de saúde será semestral, ou de acordo com a necessidade das crianças de escolas e creches. Já o trabalho preventivo será feito nas escolas e creches, onde serão feitas orientações sobre prevenção para crianças, pais e professores. No início do semestre será feito o exame clínico, para definição das crianças de risco para a cárie dentária e encaminhamento para o atendimento clínico. As ações educativas como palestras serão também realizadas, bem como: técnica de escovação, escovação supervisionada com entrega de escova e creme dental, revelação de placa bacteriana, escovação com flúor gel nas crianças com risco ao desenvolvimento da cárie.

- **Adolescente:** em relação à atenção aos adolescentes, no protocolo é considerada como sequência do trabalho realizado com as crianças, devendo ser consolidado a importância da saúde bucal e do autocuidado através da estimulação da alimentação saudável, balanceada, evitando refrigerantes, *chips* e doces, dando ênfase na higiene bucal e o uso do flúor. E o atendimento clínico feito na unidade básica, a partir da detecção de adolescentes de risco nas escolas, e no acolhimento nas unidades.

Na Linha-guia elaborada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/ Coordenação Estadual de Saúde Bucal, preconiza-se algumas ações a serem desenvolvidas em cada ciclo de vida (MINAS GERAIS, 2006, p.161-165):

- **Atenção em saúde bucal à criança de 6 a 9 anos**

- Ações preventivas e educativas coletivas: deve-se trabalhar a importância da escovação junto aos pais, bem como informações em relação ao início da erupção da dentição permanente; importância da supervisão dos pais na escovação, quantidade de dentífrico utilizada; uso de evidenciadores de placa para a motivação; a utilização dos selantes nos casos de indicação e prevenção de acidentes na escola.

- **Atenção em saúde bucal ao adolescente (10 a 19 anos)**

- Pontos específicos trabalhados: estímulo à escovação, utilizando o evidenciador de placa como incentivo; informações em relação à dieta, visto que nesta idade há grande consumo de carboidratos e o hábito de comer várias vezes ao dia; mau hálito; erupção do terceiro molar; erosão dentária pelo uso de substâncias ácidas; traumatismo dentário; fumo e álcool; piercing.

- **Abordagem clínica da cárie dentária**

1- Controle da atividade da doença através de medidas eficazes em inibir os fatores determinantes e reestabelecer o equilíbrio no processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário. As principais medidas são: eliminação de sítios de retenção de microorganismos, fazendo-se a escavação e removendo todos os fatores que possam facilitar a retenção de placa nas cavidades onde não haja risco de exposição pulpar; controle de placa através de uma limpeza profissional, incentivo à higiene bucal; aplicação tópica de flúor, pelo profissional, e auto aplicação com bochechos diários com solução a 0,05% para crianças a partir de 6 anos de idade; aconselhamento dietético.

2- Uso de selamento oclusal: sugere que seja realizado em lesões definidas ou questionáveis de cárie restritas ao esmalte nas fóssulas e fissuras da face oclusal, de usuários em que não se obteve resposta com as medidas de controle, ou as lesões não foram inativadas. Estes devem ser avaliados periodicamente.

3- Restauração: as lesões sem cavitação devem ser feito o controle e o acompanhamento clínico e /ou radiográfico, já nas lesões com cavidade a restauração dependerá do risco, do controle de placa, localização da lesão, estética, oclusão, função, sensibilidade dentária, entre outros.

Santos (2006) propôs ações para a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal. O agendamento das consultas para crianças sugere que seja feito na escola após

triagem realizada pelo cirurgião dentista ou pelo ACS. Em relação ao projeto terapêutico seguem as seguintes orientações:

- **Adequação do meio bucal e tratamento restaurador atraumático (TRA):** nas sessões são contempladas as necessidades imediatas como: extrações indicadas, eliminação de focos infecciosos, escariação de cavidades profundas e selamento com material provisório (ionômero de vidro), raspagem e alisamento radicular, controle de placa e motivação sobre técnicas de higiene bucal. A referida técnica poderá ser realizada nas escolas. Deve-se utilizar o cariostático nas crianças com alto índice de cárie aguda, bem como o flúor em sessões planejadas de acordo com o risco individual e/ ou coletivo. Logo após pode-se agendar consultas para a restauração definitiva.

- **Tratamento restaurador definitivo:** é possível logo que a cavidade bucal tenha condições de recebê-la, podendo acontecer paralelamente à técnica atraumática. O amalgama é escolhido como material restaurador nos dentes posteriores, e a resina para os anteriores. Os dentes permanentes são priorizados em relação aos decíduos.

- **Higiene bucal supervisionada:** pode ser usada em diferentes espaços, realizada diariamente nas escolas e creches, sob a supervisão dos professores, adotando-se a técnica mais simples e eficaz que seja aceita pelas crianças.

- **Aplicação de flúor deve ser realizada nos seguintes casos:** água de abastecimento sem flúor, baixos teores de flúor na água (<0,54 ppm), pessoas com dificuldades motoras, e na escovação, em escolas/creches com crianças com alta incidência de cárie.

Segundo Cardoso (2011) os cuidadores das crianças de 2 a 9 anos são responsáveis pela higiene bucal destas, principalmente na quantidade de creme dental utilizada. As crianças serão avaliadas nas creches e escolas, onde as ações de promoção e prevenção serão realizadas e terão como público alvo também os cuidadores (pais, e profissionais das escolas e creches). Tais ações enfatizarão os hábitos deletérios, dieta saudável, traumatismo dental, erupção dentária e higiene bucal.

A saúde bucal de crianças foi avaliada em estudo realizado por Domingos *et al.* (2010) os resultados mostraram declínio nos índices de cárie dentária em comparação aos levantamentos epidemiológicos dos anos anteriores. Atribuíram esta redução às atividades educativas desenvolvidas semanalmente durante 15 meses nas escolas. E afirmam que a adoção de medidas de promoção de saúde bucal, como: prevenção nas escolas, escovação com dentifrício fluoretado e a incorporação do flúor na água de abastecimento público são

medidas eficazes no controle da cárie dentária (DOMINGOS *et al.*, 2010). Em contrapartida Fernandes (2005) e Peres (2000) acreditam que além das ações sobre os determinantes das doenças e agravos bucais, é necessário serviços para reduzir o sofrimento e alcançar a recuperação da saúde bucal dos indivíduos.

Diante do que foi exposto acima em relação à cárie dentária e as principais ações para se chegar ao seu controle e redução em crianças de 6 a 12 anos, acredita-se que estas devam ser realizadas de forma equilibrada, tanto as coletivas quanto as individuais e de maneira integrada e simultânea. Lembrando-se sempre que a priorização desses grupos não significa atendimento exclusivo em relação ao resto da população, mas sim a organização da atenção visando à universalização gradual do atendimento a todos os usuários da área adstrita (MINAS GERAIS, 2006).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento das ações é o ponto de partida para a mudança das condições de saúde bucal de uma população, devendo ser incorporada à equipe de saúde bucal da ESF Avaí para que ocorra uma mudança no processo de trabalho, principalmente diante do grande número de crianças com necessidades em relação à atenção em saúde bucal.

Para que ocorra uma mudança neste quadro vivido pela população da área adscrita, já que a cárie é considerada uma doença controlável, torna-se igualmente importante e necessário a realização de corretas ações.

Após a realização da revisão de literatura proposta pelo presente trabalho pode se concluir que:

- A incorporação de toda a equipe de saúde e as parcerias com as escolas são de fundamental importância para se alcançar toda a população, e desta forma se conseguir melhores resultados;
- A participação dos agentes de saúde irá melhorar o acesso da população às ações em saúde bucal;
- A realização de palestras nas escolas, ou seja, a educação em saúde e o acompanhamento das crianças e adolescentes em risco, podendo-se acompanhar e avaliar as ações e conseqüente controle da cárie e /ou a manutenção da saúde bucal destas;
- Um fator importante é a disponibilização de escova e creme dental;
- Essas ações ao serem desenvolvidas em primeiro momento aos grupos prioritários se estenderão gradualmente a toda população adscrita à ESF Avaí;
- Ações de promoção, prevenção e reabilitação devem ser realizadas de forma conjunta e de acordo com as necessidades da população e a realidade local.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL *et al.* Avaliação longitudinal de um programa odontológico direcionado a crianças de instituições de ensino infantil de Piracicaba, São Paulo, Brasil. **RFO**, v. 14, n. 3, p. 203-210, setembro/dezembro, 2009.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS–NOAS-SUS 01/2001**.
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C. JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Ver Assoc Med Bras**; v.50, n.1; p.1-9, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Bucal: Cadernos de Atenção Básica**, n. 17/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARDOSO, A. C. C.; SANTOS JUNIOR, R. Q.; SOUZA, L. E. P.; BARBOSA, M. B. C. B. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 26, n.1/2, p. 94-98, 2002. IN CARVALHO *et al.* A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de saúde Pública do RS**, v.18, n.1, p.175-184, Jan/Jun. 2004.
- CARDOSO, S A. **Protocolo de Organização do Serviço de Saúde Bucal do Município de Pirapora-MG**. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família da UFMG, para obtenção de Certificado de Especialista), 2011, 65 p.
- CARVALHO *et al.* A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de saúde Pública do RS**, v.18, n.1, p.175-184, Jan/Jun. 2004.
- CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE M. V. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. **Ciê. Saúde Coletiva**, v.16, n.10, 2011.
- DINI *et al.* CONDIÇÕES BUCAIS DE ESCOLARES DA ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA – SP. **Rev. Odontol UNESP**, São Paulo. v.22, n.1: 125-133, 1993.
- DOMINGOS *et al.* Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro. **Arquivos em Odontologia**, v.46, n.2, 2010.

FERNANDES, L. S.; PERES M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.6, 2005.

JUNQUEIRA, S.R. **Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: Cárie dentária em adolescentes de Embu, São Paulo**. (Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em saúde pública para obtenção do título de doutor em saúde pública, área de concentração: serviços de Saúde Pública), 2005, 157p.

LAURIS, J. R. P. **Cárie Dentária em Crianças de 12 anos no Brasil: Estudo Retrospectivo dos Levantamentos Epidemiológicos de 1980 a 2005**. (Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Livre Docente em Odontologia, área de Metodologia de Pesquisa e estatística), 2006, 153p.

LIMA, J. E. de O. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica. Resultados após 25 anos de acompanhamento. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**. v.14, n.3, p. 3, jan./jun. 2009.

LUCAS, S. D. **Cumprimento de algumas metas da OMS para a cárie dentária em Minas Gerais**. (Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ), 2004, 125p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal**. Belo Horizonte, 2006.

MIRANDA, F. L. DE M. **Proposta de Protocolo para a Reorganização do Serviço Público de Saúde Bucal de Felixlândia, Minas Gerais**. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito para obtenção do Certificado de Especialista), 2012, 60p.

NARVAI *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**. Vol.19, n.6, 2006.

NORO *et al.* A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cad de Saúde Pública**, v.24, n.7, 2008.

PEIXOTO, L. D. **Ação dos Agentes Comunitários e Prevenção de Cáries dentro da Escola**. (Apresentação à Universidade Candido Mendes como condição prévia para a conclusão do curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em decência do ensino superior), 2003, 42p.

PERES *et al.* Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, **Brasil. Ciên. Saúde Coletiva**, v.13, suppl. 2, 2008.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M. e LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública**; v.34, n.4, p.402-408, 2000.

PIMENTAL *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad saúde pública**, v.28 suppl; p.18, 2012.

PINTO, I. L. Prevenção da cárie dental com aplicações tópicas semestrais de flúor-fosfato acidulado. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n. 4, 14 p.

RAMIRES; BUZALAF. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.4, 16 p. Rio de Janeiro July/Aug. 2007

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n. 1, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO. Prefeitura Municipal de Colombo/ PR. **Protocolo Municipal de Saúde bucal**. 2. ed. rev. Colombo/ PR, 2012, 91p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal**. Florianópolis, 2006, 46p.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Revista do Programa Saúde da Família, Brasília, DF, p. 36-43, dez. 2002. IN CARVALHO *et al.* A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de saúde Pública do RS**, v.18, n.1, p.175-184, Jan/Jun. 2004.

VICENTE *et al.* Estratégia multidisciplinar na prevenção e controle de doenças de manifestação clínica na infância. **RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre**, v.59, n.4, p. 591-597, out./dez., 2011.