

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

LÍLIAN LELIS BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÃO RELATIVO AO CONSUMO
INADEQUADO DE ACÚCAR EM ALUNOS DAS ESCOLAS
MUNICIPAIS DE CANA VERDE/MG**

FORMIGA - MINAS GERAIS
2014

LÍLIAN LELIS BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÃO RELATIVO AO CONSUMO
INADEQUADO DE ACÚCAR EM ALUNOS DAS ESCOLAS
MUNICIPAIS DE CANA VERDE/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**FORMIGA - MINAS GERAIS
2014**

LÍLIAN LELIS BARBOSA

**PLANO DE INTERVENÇÃO RELATIVO AO CONSUMO
INADEQUADO DE ACÚCAR EM ALUNOS DAS ESCOLAS
MUNICIPAIS DE CANA VERDE/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (orientador)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 08 / 08 / 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido cursar esta especialização, a qual eu tinha como objetivo.

Aos meus filhos Matias, Richard e Efraim, pela compreensão pelas várias horas em que não fui participativa, dedicando-me ao estudo.

Ao PSF João Batista de Miranda, onde trabalho pelo apoio durante o curso.

Ao Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena pela paciência e orientação para conclusão deste trabalho.

RESUMO

A cárie dentária é uma doença comum que se constitui um problema de saúde pública causada por diversos fatores, e um destes fatores é o consumo de açúcar, que associados às questões biológicas do meio bucal contribuem para o seu desenvolvimento. Suas sequelas são significativas nas pessoas acometidas. Este estudo objetivou propor um plano de ação para a conscientização sobre a importância de uma dieta adequada para a saúde bucal dos alunos das escolas municipais de Cana Verde/MG. Para o embasamento científico foi realizada uma pesquisa em artigos publicados no período de 1998 a 2012. O levantamento bibliográfico ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados caracterizados como Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “cárie dentária e açúcar” e “educação em saúde bucal”, “educação em saúde” e “criança”. Também foram pesquisadas teses, dissertações e livros publicados nesse período, no sentido de aprofundar aspectos relacionados ao tema. O estudo mostrou que a cárie dentária é um problema comum de saúde pública e um dos fatores contribuinte é a dieta rica em açúcar, e para mudar esta realidade implantou-se um plano de ação com enfoque educativo visando melhorar e levar promoção e prevenção em saúde bucal.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Dieta Cariogênica. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Dental caries is a common disease that constitutes a public health problem caused by many factors, and one of these factors is the consumption of sugar, which associated to biological questions oral environment contribute to its development. Their consequences are significant to the affected people. This study aimed to propose an action plan to raise awareness about the importance of a proper diet to oral health students of municipal schools Cana Verde/MG. Scientific basis for the research was conducted on articles published in the period 1998-2012. Bibliographic occurred in the Virtual Health Library, the database characterized as Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library online (SciELO). "Dental caries and sugar" and "oral health education", "health education" and "child": the descriptors were used in Health Sciences Headings (MeSH). Theses, dissertations and books published during this period; in order to deepen the aspects related to the topic were also searched. The study showed that dental caries is a common public health problem, and one of the contributing factors is the high sugar diet, and to change this reality was implanted with an action plan to improve educational focus and lead promotion and prevention oral health.

Key words: Family Health Program. Cariogenic diet. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar saúde bucal.
CEABSF	Curso Especialização em Atenção Básica em S.Família.
CPOD	Dentes perdidos obturados, cariados.
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FDI	Federação Dentária Internacional
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
pH	Potencial de hidrogênio
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online.</i>
SIAB	Sistema de Informação Atenção Básica.
TDH	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico Saúde Bucal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases do desenvolvimento da cárie.....	19
Figura 2 – Destrução da cora de vários dentes.....	19
Figura 3 – Palestra na USB.....	33
Figura 4 – Demonstração da escovação correta.....	33

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos.....	28
Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações.....	29
Quadro 3: Análise de viabilidade dos projetos.....	30
Quadro 4: Plano operativo do planejamento: responsáveis e prazos - parte 1..	31
Quadro 5: Plano operativo do planejamento: responsáveis e prazos - parte 2..	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1 Cárie dentária definição e aspectos etiológicos.....	16
5.2 Sinal clínico e tratamento da cárie.....	18
5.3 A relevância da educação em saúde.....	21
5.4 Educação em saúde bucal.....	24
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
6.1 Identificação do Problema.....	26
6.2 Seleção dos nós críticos.....	27
6.3 Desenho das operações.....	28
6.4 Caracterização dos recursos críticos.....	29
6.5 Análise da viabilidade do plano.....	29
6.6 Elaboração do plano operativo.....	30
6.7 Proposta de intervenção.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma enfermidade crônica multifatorial, que avança vagarosamente. É considerada comum, significando um aspecto crítico das condições gerais de saúde por sua significância no desencadeamento de outras doenças e seu impacto na qualidade de vida. Os elevados custos do tratamento das medidas para evitá-la são aspectos que contribuem para que ela seja considerada um grande problema de saúde pública (SOUZA FILHO *et al.*, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) junto com a Federação Dentária Internacional (FDI) estabeleceram, nas últimas décadas, alvos para que os países incitar adoção de medidas voltadas a melhorar seus indicadores em saúde. A respeito da cárie dentária, as metas estipuladas foram de que nos países em crescimento, 50% e 90% das crianças na faixa etária de cinco anos estivessem livres de cárie nos anos de 2000 e 2010 (OLIVEIRA, 2006; LOSSO *et al.*, 2010).

Sabe-se que são sobre os principais agentes etiológicos da cárie dentária que se depositam grande parte das pesquisas atuais, biofilme, métodos de controle e prevenção e agentes causadores como a ingestão excessiva de açúcar. Quanto ao biofilme, os progressos nos estudos têm revelado métodos como controle químico e mecânico da placa dentária, pois seu controle é essencial na organização de qualquer tática voltada para a prevenção. A escovação e a utilização do fio dental também são importantes e devem ser ensinadas desde a infância. Lembrando que nesta fase essas técnicas devem ser monitoradas e ensinadas corretamente, uma vez que a criança se encontra em fase de aprendizado. Outro ponto relevante é a dieta, onde estudos científicos comprovaram a relação entre dieta com alto teor de açúcar com o desenvolvimento da cárie (LIMA, 2009; FREIRE *et al.*, 2012).

Rotineiramente as pessoas consomem os mais diversos tipos de alimentos, não somente para atender as necessidades metabólicas, mas também para deleitar-se do prazer que o paladar oferece. Contudo, o consumo indeliberado de determinados alimentos pode provocar diferentes tipos de doenças, abrangendo as patologias bucais (SOUZA FILHO *et al.*, 2010).

O biofilme aglomerado sobre os dentes sendo exposto aos açúcares, mesmo na presença de íon fluoreto (F⁻), causará produção de ácidos o que acarretará na desmineralização. Desse modo, é de extrema importância integrar boa

higiene oral e diminuição do consumo de açúcar para prevenir e controlar a carie (TENUTA; CURY, 2010).

O município de Cana Verde localiza-se no Centro Oeste de Minas Gerais, fazendo divisa com os municípios de Santana do Jacaré, Campo Belo, Nepomuceno, Perdões. Possui uma população de 5.589 habitantes. A maior parte da população dedica-se à atividade agropecuária, monocultura de café, pecuária. 80% das ruas são asfaltadas. O esgoto é canalizado. E o lixo é coletado semanalmente.

A nível municipal de saúde conta com duas unidades de Programa Saúde da Família (PSF), uma na zona rural (PSF Alceu Cardoso) e outra na zona urbana (PSF João Batista de Miranda). Ambas contam com médicos, enfermeira, agentes comunitários, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos em saúde bucal (TSB), técnicos em higiene dental (THD). Com relação à área educacional, o município conta com duas escolas uma municipal e outra estadual, sendo elas: Escola Municipal Waldivino José Freire e Escola Estadual Dr. José Esteves de Andrade Botelho.

A maior parte dos domicílios possui água tratada pela COPASA e mesmo contendo flúor em proporção 0,60 a 0,85 mg/LF, o levantamento de Dentes Perdidos Obturados, Cariados (CPOD) realizado nas duas escolas do município, sendo uma municipal, que atende a demanda de crianças de 5 a 10 anos e ,também, uma escola estadual com demanda de 10 a 14 anos. Com os dados deste levantamento (CPOD) obteve-se uma análise da cavidade bucal com grande incidência de cárie, doença periodontal, exodontias e dentes indicados à extração.

Considerando a cárie como doença infectocontagiosa, que resulta em uma perda localizada de miligramas de minerais dos dentes afetados causada por ácidos orgânicos, proveniente da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta, sentimos necessidade de intervir de maneira positiva a mudar hábitos praticados pelos escolares, alunos da Escola Municipal Waldivino José Freire, com 425 escolares, dos quais 178 pertencem à zona rural e 247 à zona urbana. A Escola Estadual Dr. José Esteves de Andrade Botelho, com 512 alunos, sendo 202 oriundos da zona rural e 510 da zona urbana. Busca-se garantir a adequação das ações a serem desenvolvidas na atenção em Saúde Bucal o que torna importante que se faça uma revisão do atual estágio de Saúde Bucal dos escolares em relação

às doenças bucais mais prevalentes em decorrência do consumo inadequado do açúcar como também o simples hábito de morder a tampa da caneta.

O PSF possui as duas escolas cadastradas na área de abrangência, sendo uma maneira de interagir com os demais responsáveis (pai, mãe). A cárie é a maior causa da perda dentária, e o edentulismo se apresenta como agravo em adultos. Neste sentido, torna-se importante avanço o acesso universal e equitativo à atenção e o resgate das ações integrais de saúde bucal.

Alunos da Zona Rural não possuem acesso ao flúor e consumo excessivo e frequente de açúcar. Neste sentido, consideramos que a saúde deve ser universalizada para toda a população da área de abrangência, utilizando-se estratégias diversas de acordo com a área local. O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o 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.

O modo como a educação em saúde tem sido realizada mostra-nos grandes limitações na obtenção de mudanças de comportamentos dos alunos.

2 JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho se fundamenta nas afirmativas de Peliconi e Torres (2004) e Tomita *et al.* (1996) de que as doenças bucais ainda continuam sendo problema de saúde pública, sendo de maior prevalência na infância.

De acordo com Novais *et al.* (2004), os hábitos existentes na dieta da criança compõem um aspecto relevante na causa e avanço da cárie e, que, a especificidade quanto à preferência por paladares acontece com o desenvolvimento da criança e é influenciada por vários fatores; assim, é essencial a orientação não só no que se refere aos hábitos de higiene bucal, como também ao consumo coerente de açúcar, tendo em vista a promoção de saúde bucal.

De acordo com Tamietti *et al.* (1998), nos dias de hoje, está bem fundamentado que os carboidratos da alimentação são propulsores do desenvolvimento da cárie e desempenham tal efeito de forma local na superfície do dente.

O potencial cariogênico dos alimentos está associado ao teor de vários açúcares (monossacarídeos, dissacarídeos e polissacarídeos). Todos podem ser fermentados gerando ácidos devido à ação das bactérias da placa e, além disso, podem interferir na quantidade e a característica e, por conseguinte, a cariogenicidade dos aglutinados microbianos nos dentes (LEITE *et al.*, 1999).

Falar para os pais que não dê doces aos seus filhos é algo fora de cogitação, pois o gesto de dar doce é visto como prova de carinho, restando aos profissionais odontólogos buscar disciplinar o consumo (NAVARRO *et al.*, 1999)

A prevenção da cárie deve iniciar na infância e para que isso aconteça é de suma importância uma modificação na postura dos pais e das crianças, o que caracteriza uma necessidade urgente de estabelecer a educação em saúde bucal e de programas preventivos, pois assim pode-se despertar interesse pela conservação da saúde (DIAS *et al.*, 2011).

Uma das formas de minimizar este problema é a implementação de ações educativas e preventivas nas escolas, pois a escola é um ambiente que privilegia o desdobramento de ações educativas e em saúde, favorecendo, assim, o incentivo ao hábito de higiene bucal (PELLICIONI; TORRES, 2004; OLIVEIRA, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação para a conscientização sobre a importância de uma dieta adequada para a saúde bucal em alunos das escolas municipais de Cana Verde/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o que é cárie dentária e seu aspecto clínico;
- Abordar a relação do padrão alimentar com o desenvolvimento da cárie;
- Mostrar a importância de um trabalho educativo em saúde bucal;
- Conscientizar as crianças e suas famílias da importância de uma dieta correta para a boa saúde bucal.

4 METODOLOGIA

Em primeiro lugar, foi estruturado o diagnóstico situacional para caracterizar os problemas relativos à comunidade adscrita na UBS, como objeto de pesquisa. Através das consultas feitas no banco de dados da unidade (dados secundários), pois a elaboração de um trabalho científico demanda uso de procedimentos corretos e como fundamento metodológica foi utilizada a pesquisa bibliográfica.

Para realizar da revisão de literatura pesquisou-se material de artigos publicados no período de 1998 a 2012. O levantamento bibliográfico ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os descritores contidos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “cárie dentária e açúcar” e “educação em saúde bucal”, “educação em saúde” e “criança”. Também foram pesquisadas teses, dissertações e livros publicados nesse período, no sentido de aprofundar aspectos relacionados ao tema.

No desenvolvimento do trabalho, os principais passos seguidos foram a leitura e a análise de vários artigos, com a realização de fichamentos e a interpretação dos autores sobre o assunto.

Propôs-se então o desenvolvimento de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde da Família João Batista de Miranda no município de Cana Verde-MG, baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) onde a ESB priorizou o problema da cárie dentária.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Cárie dentária definição e aspectos etiológicos

A cárie dentária é uma doença que implica na avaria, conhecida como desmineralização dos tecidos dentais (esmalte e dentina) provocada pela ação de agentes cariogênicos presentes na flora bacteriana bucal. Sua manifestação depende da influência de três fatores que são o hospedeiro compreendido pelos dentes e saliva; a microbiota do local (*Streptococcus mutans* / *Lactobacillus acidophilus*), e a dieta rica em açúcar e carboidratos fermentáveis (substratos fermentáveis) (BARATIERI, 1998; LOSSO *et al.*, 2009).

A ação conjunta desses fatores por um determinado período proporciona o desenvolvimento da cárie, que começa com o surgimento de uma mancha branca opaca, sem orifícios, na superfície do dente, resultado da desmineralização do esmalte dentário (LOSSO *et al.*, 2009).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2002), os principais microorganismos associados com a cárie dentária são os estreptococos da categoria *mutans* e *Lactobacillus acidophilus*.

A contaminação por *S. mutans* tem uma atuação significativa no estabelecimento e progressão da doença. A transmissão vertical de microrganismos acontece, sobretudo, da saliva das mães ou de cuidadores com elevados níveis de *S. mutans*. Quando as mães apresentam alta concentração de *S. mutans* na saliva, os filhos são infectados precocemente e têm maior prevalência de cárie (SALIBA *et al.*, 2003; LOSSO *et al.*, 2009)

De acordo com Leite *et al.* (2006, p. 247), o *S. mutans* possui as seguintes características:

1. Capacidade de colonizar a superfície dentária: Essas bactérias colonizam superfícies que não descamam (dentes, materiais restauradores, acrílicos). Portanto, só colonizam a cavidade bucal após a erupção dos dentes e em pacientes edentados, desde que portadores de próteses.
2. Produzir polissacarídeos extracelulares do tipo glicana (dextrana e mutana) a partir da sacarose, o que favorece a formação de biofilme espesso.
3. Capacidade acidogênica: a produção de ácido láctico é determinante fundamental para a patogenicidade, sendo responsável pela desmineralização do esmalte na etapa inicial da cárie. É um pré-requisito essencial para que um microorganismo seja considerado cariogênico.

4. Capacidade acidúrica: sobrevivência do microrganismo em pH ácido, permitindo que o microrganismo desenvolva suas atividades metabólicas em ambientes de pH baixo, tais como sulcos e fissuras dos dentes.
5. Acúmulo de polissacarídeos intracelulares de glicose do tipo amilopectina a partir de carboidratos da dieta do hospedeiro. Esses polímeros são metabolizados quando os açúcares exógenos estão esgotados, resultando na formação de ácido lático.
6. Fermentadores de grande quantidade de carboidratos, incluindo manitol e sorbitol.

O desenvolvimento da cárie, por fator microbiológico, pode ser dividido em três fases: a primeira compreende a infecção precoce por *S. mutans*; a segunda, a aglomeração em nível patogênico, em virtude da exposição constante e prolongada de substrato cariogênico; a terceira e última fase, a desmineralização do esmalte e formação de cavidades no dente. O *S. mutans* estão ligados no processo de formação da cárie (LOSSO *et al.*, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2002).

As bactérias do gênero *Lactobacillus* abrangem um conjunto de organismos que tem uma função mais importante na progressão do que na instalação da cárie dental. Elas têm características importantes como a capacidade de produzir ácido (capacidade acidogênica) e de sobreviver no meio ácido (capacidade acidúrica) e capacidade de realizar oxidação e fermentação (LEITE *et al.*, 2006).

De acordo com Leite *et al.* (2006), Bunting e Palmerlee, nos seus estudos em 1925, observaram que os lactobacilos eram os fatores etiológicos ao realizar um experimento, onde inseriram lactobacilos acidófilos em suco glicosado contendo dentel. Os pesquisadores notaram que houve uma queda no pH para menos de 5,0 e que após uma semana o esmalte dentário apresentava descalcificação superficial. Esta visão de que eles seriam os principais agentes etiológicos perdurou até a década de 60, o motivo para tal era que, em sendo eles acidogênicos e acidúricos, teriam a capacidade de proliferar no pH baixo, observado no biofilme e nas lesões provocadas pela cárie, além da verificação clínica de que os espaços de crescimento dos lactobacilos satisfaziam aos espaços das lesões provocadas pela cárie clinicamente diagnosticadas.

Contudo, a visão de que os lactobacilos eram os atores etiológicos da cárie dental não era comum. À medida que foram conquistadas mais informações sobre o arranjo microbiano do biofilme, notou-se que estes compunham apenas uma pequena parte do biofilme, sendo 0,01%. Sua presença era predominante em áreas profundas de cárie de dentina. Referente à cárie de superfície lisa de esmalte ou

superfície radicular, eles parecem não exercer papel preponderante como ator etiológico do início da lesão cáriosa. Isto, por não serem capazes de preparar polissacarídeos extracelulares, não aderem a superfícies lisas, carecendo de espaços capazes de reter (sulcos, fissuras e regiões interproximais), para a sua colonização. Eles têm o aspecto de invasores secundários em algumas lesões cárias, contribuindo para avanço destas em razão de seus atributos acidogênicos e estão relacionados ao desenvolvimento da cárie dentária sob situações específicas, como o consumo de sacarose. Desta forma, o desenvolvimento e a utilização de métodos quantitativos e de meios de cultura seletivos em pesquisa bacteriológicas do biofilme comprovaram que os lactobacilos eram mais uma decorrência do que causa da cárie (LEITE *et al.*, 2006).

O substrato é importante para a viabilidade, propagação e aglomeração celular. É intensa a relação entre frequência de ingestão de carboidratos, principalmente a sacarose, e a formação da cárie, principalmente se essa relação ocorrer entre as refeições e no período de sono, ocasião em que o efeito protetor da saliva não está presente, pois o fluxo de saliva está reduzido (THYLSTRUP; FERJERSKOV, 2001).

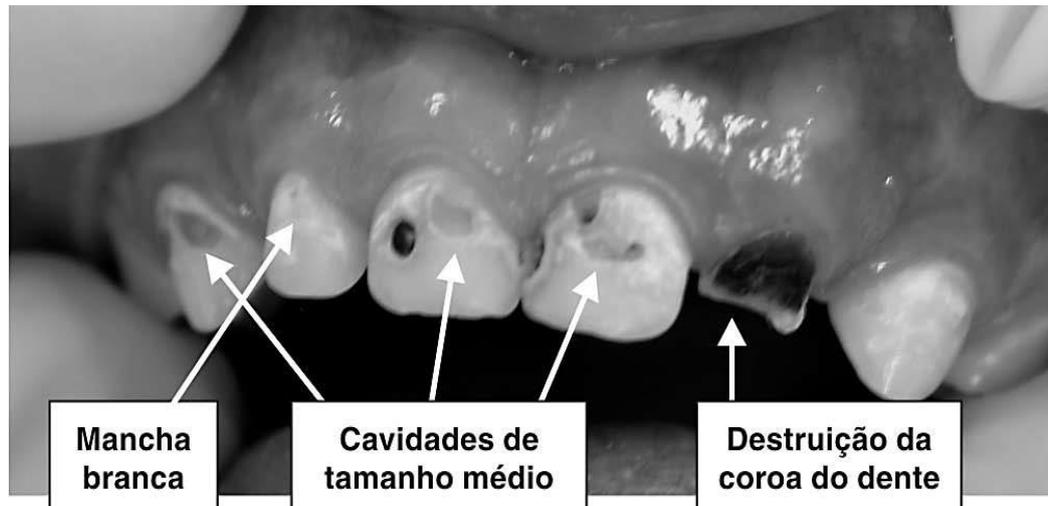
Na criança, costumes como o uso incondicional de mamadeira, dormir mamando (sucos industriais, chás adoçados, leite fermentado, leite com farináceos e açúcar) estão relacionados ao surgimento da cárie. Além deste hábito existe a questão da dificuldade na higiene dental da criança e manter líquidos na boca por período longo, principalmente no decorrer do sono (LOSSO *et al.*, 2009).

5.2 Sinal clínico e tratamento da cárie

É de extrema importância analisar sua atividade: ativa ou inativa. A doença ativa significa que a pessoa está passando por um período ativo da doença, já as lesões inativas simbolizam a ocorrência de um episódio da doença (BRAGA *et al.*, 2008).

O sinal clínico inicial cárie é a observância de manchas brancas e opacas, que são constituem áreas desmineralizadas pelo biofilme dental conforme mostra a figura abaixo.

Figura 1: Fases do desenvolvimento da Cárie



Fonte: Losso *et al.* (2009).

A progressão é o surgimento de orifícios com perda de composição dental que, se não estancada, pode levar ao aniquilamento de toda a coroa do dente e com ações infecciosas radiculares em razão da necrose pulpar como demonstra a figura seguinte.

Figura 2: Destruição da cora de vários dentes



Fonte: Losso *et al.* (2009).

A terapêutica consiste em mudar hábitos alimentares, zelo no que diz respeito à higiene bucal e aplicação de flúor.

Em caso de progressão da cárie, há o comprometimento da dentina e orifícios são observados. Nessa fase, a terapêutica passa a ser restauradora e preventiva. Quando há modificação da dieta e instituição de hábitos de higiene, a dentina, antes de aspecto claro, amolecido (cárie aguda) e indício doloroso, passa a apresentar uma dentina com coloração escura, aspecto endurecido e sem indício doloroso, revelando uma lesão crônica de cárie dental (NELSON-FILHO; ASSED, 2005).

A terapêutica restauradora compreende as seguintes abordagens

Obturações: o material deteriorado é removido dos dentes pelo dentista, com uma broca apropriada, criando uma cavidade asséptica que é preenchida por uma liga de prata, ouro, por porcelana ou resina composta. Coroas: chama-se “coroa” quando se substitui toda a parte superior do dente, se ela estiver muito deteriorada, por uma peça equivalente de prata, ouro, porcelana ou porcelana ligada a uma estrutura metálica resistente. Tratamento de canal: faz-se o tratamento de canal se o nervo de um dente morrer devido a uma cárie (ou lesão). O centro do dente é removido e as raízes dele são preenchidas com um material de vedação. Se necessário, coloca-se uma coroa sobre as raízes do dente (ABCMEDBR, 2013, s,p).

Atualmente existe técnica minimamente invasiva, que é o tratamento restaurador atraumático, que é muito vantajoso conforme explicam Monnerat *et al.*, (2013, p.03)

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) que, embora desenvolvido nas décadas de 80 e 90 para ser aplicado em comunidades sem acesso a infraestrutura mínima para aplicação da odontologia convencional, vem ganhando muito espaço na Odontologia moderna em virtude de alguns aspectos: técnica minimamente invasiva, permitindo manutenção de estrutura dental sadia através da remoção seletiva de cárie com instrumentos manuais e restauração com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) de alta viscosidade; redução do número de exposições pulpares, reduzindo endodontias e exodontias, menor estresse e ansiedade do paciente, visto que raramente causa dor, não necessitando de anestesia; tem sido descrito como um método econômico e eficaz na prevenção e controle da doença cárie em populações vulneráveis. Além disto, a aplicação desta técnica em locais de grande demanda por tratamento restaurador odontológico aumenta o número de altas uma vez que o atendimento é mais veloz. A resolutividade da técnica TRA também impacta positivamente na redução dos custos do tratamento quando comparado aos tratamentos restauradores convencionais. Uma vez que permite redução do tempo clínico e é menos dolorosa, torna-se uma excelente alternativa na Odontopediatria. É considerada uma estratégia sólida baseada em promoção de saúde e prevenção da doença cárie, permitindo grande alcance populacional em saúde pública.

Assim, percebe-se que a cárie dentária, quando avançada, o tratamento é restaurador, mas para que isso mude é usado o enfoque preventivo.

Se a progressão da doença cárie não for contida, poderá acarretar a destruição de vários dentes decíduos, resultando em sérias implicações sistêmicas e psicossociais (LOSSO *et al.*, 2009).

5.3 A relevância da educação em saúde

No decorrer da história da humanidade, observou-se que a ausência de conhecimento a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores causais, incorporada à falta de meios e de modos de enfrentá-las formaram um quadro de enfermidades muitas vezes preocupante (BASTOS *et al.*, 2003).

Nesta perspectiva, produzir conhecimentos a respeito das enfermidades e seus respectivos fatores de risco representa uma ferramenta muito significativa na prevenção de doenças e na promoção de saúde, configurando uma meta simplificada da educação em saúde.

A educação em saúde é um âmbito multifacetado, para o qual concentram diversas perspectivas, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais refletem distintas visões de mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL e STRUCHINER, 2004).

Este tema é bastante amplo porque não abrange somente a aprendizagem sobre as doenças, como preveni-las, seus efeitos e como tratá-las, como também envolve políticas públicas, ambientes adequados, propostas pedagógicas apropriada, engajadas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, na qual a essência é a melhoria de qualidade de vida (SCHALL e STRUCHINER, 2004).

No processo de desenvolvimento histórico da educação em saúde, observa-se que esta sempre teve posição de destaque para ampliar o conhecimento e a compreensão das pessoas. Essa realmente foi e tem sido o objetivo da educação em saúde, fazer com que as pessoas estejam melhores preparadas para que possam fazer escolhas mais saudáveis. Entretanto, a saúde de um indivíduo é

motivada especialmente pela família, escola, ambiente de trabalho e pelos meios de comunicação social (BASTOS *et al.*, 2003).

Quando se tratar da temática educação em saúde deve-se levar em conta que uma comunidade será cada vez mais saudável ao passo que seu nível de conhecimento das informações relativas à saúde seja assimilado e posto em prática. Assim, a instituição educacional, que é parte da sociedade em que a criança leva toda sua experiência do meio em que vive, funciona como um local importante de informação que deve ser aproveitado da forma mais eficaz possível (BASTOS *et al.*, 2003).

A partir de então, é possível se agregar conteúdos relacionados à Saúde Bucal na escola, procurando promover saúde por meio de estratégias educativas que, não apenas transmita conhecimento, mas também instigue a mudança de hábitos e de práticas que levem à conservação da integridade da cavidade bucal, bem como, a participação da família e educadores. A educação atua muito mais do que uma mera transmissão de conhecimento, sendo uma transformação de condutas (COSTA, 2000; BARRETO, 2008).

Mas, para que esta meta seja alcançada não basta apenas educar pessoas, trata-se de promover a ampliação da conscientização (PINTO, 2001).

Para que qualquer método educativo seja realmente eficaz, deve ocorrer uma fina sintonia entre o educador e o educando, por meio do estabelecimento do *feedback*, de uma equilíbrio entre as partes, com constantes trocas de experiências, de acordo com o conhecimento da comunidade local, de suas necessidades, para assim, gerar motivação para os envolvidos e mudanças de comportamentos. Como a educação é um processo social na qual é estimulado o desenvolvimento do pensamento crítico para promover mudanças de atitude, o processo de aprendizagem deve ser contínuo, tendo em mente a aquisição de conhecimentos e habilidades e a construção de condutas e valores (BASTOS *et al.*, 2003).

Nessa perspectiva, a educação precisa ser libertadora e transformadora. Libertadora porque elimina uma visão adquirida durante uma vida inteira, a partir de uma perspectiva mais crítica; transformadora porque incita a aquisição de novos hábitos e atitudes. Para tal, a educação deve se firmar-se na cultura das comunidades (COSTA, 2000).

Educação para Saúde é um conteúdo que deve ser trabalhado no âmbito escolar. As instituições educacionais têm poder de mobilização. A simples busca de

melhoria de condições para a atividade produtiva já consiste em um grande progresso. O ganho de confiança no futuro dos educandos pode contribuir para uma saúde de qualidade. Pois estarão compartilhando responsabilidades e saberes, onde o educador pode criar situações em que o educando possa buscar condições de associar saúde e educação (OLINDA, 2009)

A educação para a saúde deverá ser considerada como parte integrante do processo educacional, sendo iniciada na fase pré-escolar e continuar nos demais estágios da vida escolar e reforçada na vida adulta (PELICIONI; TORRES, 2004).

A educação para a saúde tem grandes possibilidades de ser inserida no currículo de todos os graus, por meio do ensino fundamental, quando aparecem situações com implicações de saúde ao longo a rotina e rituais de vida diária da criança. Não é objetivo da educação para a saúde a existência de um educador especialista, o que se procura é um trabalho pedagógico onde o enfoque principal é a saúde e não na doença.

De acordo com Mataruna (2005, p. 16):

A educação para a saúde deverá ser aceita como parte integrante do processo educacional, devendo ter início praticamente na fase pré-escolar com um limitado número dos mais importantes assuntos e ser continuada através dos estágios da vida escolar reforçada na vida adulta de maneira acidental ou mesmo formal.

Os problemas decorrentes da vida em sociedade conferem às organizações sociais o desenvolvimento de trabalhos ligados à saúde da população e o estabelecimento de regras para ajustar comportamentos que podem gerar riscos e danos à saúde. Apesar de a instituição educacional representar uma fatia muito pequena em termos de tempo, visto que o educando passa em média cinco horas diárias dentro da instituição, no contexto atual, suas responsabilidades estão aumentando cada vez mais. As questões de saúde se tornam cada vez mais necessárias de serem discutidas no ambiente da escola. Os educadores devem ser preparados para discutir questões de saúde, higiene, alimentação de forma crítica e contextualizada, associando saúde às condições de vida e direitos do cidadão (PEDROSA, 2008).

O planejar de maneira integrada as ações de saúde e educação pode caracterizar um espaço flexível de exercício onde o poder compartilhado pode

procurar o dialogismo intersetorial, de forma sincrônica que traduz a saúde como vida e a educação como superação das situações-limite (PEDROSA, 2008).

Ainda de acordo com Pedrosa (2008), para as instituições educacionais desenvolverem todo o seu potencial de promoção da saúde, é preciso tempo e trabalho em conjunto e respeito recíproco entre os parceiros da educação e da saúde. O trabalho feito em equipe, que tem por base uma orientação interdisciplinar, será mesmo a chave para a conquista da promoção em saúde escolar, de modo a conquistar uma complementaridade e compartilhamento de conhecimentos e competências.

5.4 Educação em saúde bucal

A Educação em Saúde Bucal implica na aquisição de conhecimentos, condutas e construção de valores que levam a pessoa a adotá-las, no seu cotidiano, em benefício da própria saúde bucal e da saúde dos demais. A educação em saúde bucal tem papel importante na prevenção dos problemas bucais, pois colabora para que a pessoa tenha noção a respeito das doenças que podem afetar a cavidade bucal e do uso de medidas preventivas (PAULETO *et al.*, 2004).

Segundo Garcia (2000), como ferramenta importante para a melhoria das condições de saúde da comunidade, a Educação em Saúde Bucal pode ser qualificada em duas categorias: micro e macro. A educação promovida nos consultórios dentários e Unidades de Saúde são em nível micro, enquanto aquelas promovidas nas instituições educacionais ou em locais que envolvem a coletividade são de nível macro.

As ações de Educação em Saúde Bucal precisam tratar a saúde de forma integral não se restringindo à visão fragmentada do corpo, onde a boca e os dentes fossem considerados isolados. Este ponto de vista não contribui para a caracterização da integralidade pessoal e corporal, pois, passa a ideia que o dente tem vida própria, e que quando incomodar pode ser descartado (SANT'ANNA, 2007).

De acordo com Pinto (2000), a educação em saúde bucal é um trabalho importante do processo de promoção da saúde, demandando qualidades específicas que abrangem práticas e conhecimento. Porém, o conceito de educação em saúde

bucal necessita ser ampliado para envolver, entre seus trabalhos, a conscientização dos grupos no qual acesso aos programas de saúde odontológica é menor.

Para a implantação de um projeto educativo conscientizador, o primeiro desafio é reconhecer a dimensão problematizadora nas práticas educativas, dando oportunidade para uma prática participativa em que os educandos possam ser atores principais do processo de ensino-aprendizagem. Nesta abordagem, o papel do educador deve ser o de facilitar e não, apenas, transmitir técnicas e condutas. É indispensável deixar de lado a postura autoritária e adotar uma postura de fornecer suporte (PINTO, 2000).

A educação em saúde, como prática social focada na coletividade, representa uma possibilidade significativa para expandir a atuação das práticas de promoção da saúde bucal, no âmbito público. Muitas medidas preventivas dão oportunidade para combater a cárie e a doença periodontal, porém, para que tenham sucesso, necessitam basear-se em programas educativos (WANDERLEI *et al.*, 2004).

Segundo Petry e Preto (2003), a motivação é uma condição indispensável para aprender. É um processo subjetivo, que caracteriza a direção e a intensidade do comportamento. A aprendizagem só se concretiza a partir da promoção de forças motivadoras. Motivar é uma das tarefas mais complexas, pois não tem uma técnica definida. A motivação humana é muito complexa, está fundamentada em uma combinação de: expectativas, crenças, valores que iniciam, sustentam e adéqua o comportamento; e fundamenta-se também em pré-requisitos que contribuem para a compreensão.

A motivação e a conscientização, por meio da educação, são as melhores opções para solucionar, ou pelo menos, minimizar problemas de saúde bucal. Deste modo, a educação em saúde bucal deve basear-se na observação e compreensão das doenças bucais, nas causas, consequências e meios para preveni-la e para que, em longo prazo, aconteça a apreensão de posturas preventivas, como: hábitos de higiene oral, dieta, uso de flúor (BUISCHI, 2000).

6 PLANO DE AÇÃO

Para o presente estudo foi realizado um diagnóstico situacional na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Batista de Miranda no município de Cana Verde-MG. Neste contexto, foram caracterizados alguns problemas e foi sugerido um plano de ação, que de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o desenvolvimento do diagnóstico situacional, a caracterização e priorização dos problemas e a estruturação do plano de ação são passos fundamentais no processo de planejamento e exige algum esforço da equipe de saúde. Também, é um modo de lidar com os problemas de forma mais coordenada, racional e, por isso mesmo, com grandes chances de êxito.

Assim sendo, a proposta é educar sobre os malefícios do consumo inadequado de açúcar em escolares.

6.1 Identificação do Problema

Por meio do diagnóstico situacional na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Batista de Miranda no município de Cana Verde-MG, com a observação do levantamento do CPOD (Dentes perdidos obturados, cariados), realizado nas duas escolas do município, uma municipal que atende à demanda de crianças de 5 a 10 anos e também uma escola estadual com demanda de 10 a 14 anos. Com os dados deste levantamento, obteve-se uma análise da cavidade bucal com grande incidência de cárie, doença periodontal, exodontias e dentes indicados à extração.

Considerando a cárie como doença infectocontagiosa, que resulta em uma perda localizada de miligramas de minerais dos dentes afetados causada por ácidos orgânicos proveniente da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta, percebeu-se necessidade de intervir de maneira positiva a mudar hábitos praticados pelos escolares. Ressalta-se que a Escola Municipal Waldivino José Freire tem 425 escolares, sendo 178 pertencentes à zona rural e 247 à zona urbana. A Escola Estadual Dr. José Esteves de Andrade Botelho tem 512 alunos, sendo 202 zona rural e 310 zona urbana, perfazendo um total de 935 crianças.

De forma a garantir a adequação das ações a serem desenvolvidas na atenção em Saúde Bucal, torna-se importante que se faça uma revisão do atual

estágio de Saúde Bucal dos escolares em relação às doenças bucais mais prevalentes em decorrência do consumo inadequado do açúcar como também o simples hábito de morder a tampa da caneta.

Como a ESF possui as duas escolas cadastradas na área de abrangência, a interação com os demais responsáveis (pai, mãe) torna-se mais fácil.

A cárie é a maior causa da perda dentária, e o edentulismo se apresenta como agravo em adultos, neste sentido torna-se importante avanço o acesso universal e equitário à atenção o resgate das ações integrais de saúde bucal.

A promoção de saúde bucal deve, portanto, ser visualizada em um contexto em que ações educativas e as ações e as intersetoriais são complementares, para que no final, o usuário (escolar) tenha mais facilidade em optar pelo que é mais saudável. A educação em saúde Bucal deve considerar o indivíduo como um todo. Por exemplo, a higiene bucal está inserida em um contexto da higiene da casa, do corpo, e não pode ser trabalhada separadamente, devendo acontecer em conjunto com as ações da equipe de saúde e levando em consideração o contexto socioeconômico.

6.2 Seleção dos nós críticos

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), para resolver um problema é preciso ter conhecimento das causas, por meio de um estudo cuidadoso, que permitir ter mais nitidez e compreensão da maneira de solucionar o problema. Assim, percebe-se então que é necessário fazer uma observação eficiente capaz de caracterizar dentre todos os motivos, aqueles considerados mais relevantes, e que precisam de solução imediata. Deste modo compreende-se que um “nó crítico”, é visto como um motivo de um problema que quando descoberto, pode-se solucioná-lo.

Nesta conjuntura, a equipe de saúde da UBS João Batista de Miranda selecionou os principais nós críticos da problemática cárie dentária:

- Hábitos e estilos de vida (Ex: dieta rica em açúcar, hábito de morder a tampa da caneta);
- Higienização precária;
- Acessibilidade deficiente ao flúor por parte da população rural.

6.3 Desenho das operações

O primeiro passo do plano de ação foi definir os problemas da comunidade de atuação

A partir do instante em que o problema é definido, é possível começar desenvolver soluções e táticas para lidar com ele, começando a preparação do plano de ação propriamente dito (CAMPOS ;FARIA ;SANTOS,2010).

Essa definição aconteceu a partir do diagnóstico situacional e com base nesse diagnóstico, a cárie dentária entre crianças em idade escolar, apareceu como um dos problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência.

Após a descrição, sucedeu-se a explicação do mesmo, listando suas possíveis causas e a relação entre elas. Então, selecionaram-se os nós críticos, que são as principais causas da cárie dentária. Sendo eles: hábitos e estilos de vidas como alimentação rica em açúcar, morder tampa da caneta; higienização bucal precária, e acessibilidade deficiente ao flúor por parte da população rural. Essas situações relacionadas com o problema principal são as que a equipe tem alguma possibilidade atuação mais direta e que podem ter importante impacto sobre o problema selecionado. A partir de cada nó, foi estruturada uma operação/projeto.

Quadro1: Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos

Nó-crítico	Projeto
- Hábitos e estilos de vida (Ex: dieta rica em açúcar, hábito de morder a tampa da caneta);	Mudança de hábito
- Higienização precária;	Criança sorridente
- Acessibilidade precária ao flúor por parte da população rural	Sorriso turbinado

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.4 Caracterização dos recursos críticos

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), para que aconteça a transformação de um dado contexto, sempre haverá a necessidade de recursos, que por sua vez podem exigir uso de finanças ou não. Deste modo, a dimensão dessa transformação vai estar sujeita a disponibilidade dos recursos.

Nesse sentido, essa fase consiste em considerar que cada operação exige recursos críticos, sendo esta fase considerada fundamental, principalmente para viabilizar a execução do plano de ação.

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Projeto	Recursos críticos
Mudança de hábito	<u>Político</u> : articulação com toda comunidade, e professores das escolas cadastradas e Secretaria Municipal de Saúde. <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas; <u>Financeiro</u> : para a aquisição e construção de material didático-educativo.
Criança sorridente	<u>Político</u> : articulação com toda comunidade, e professores das escolas cadastradas e Secretaria Municipal de Saúde. <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas; <u>Financeiro</u> : para a aquisição de escovas e pasta de dente.
Sorriso turbinado	<u>Político</u> : articulação com a UBS da zona rural <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas e estabelecimento de parceira com a UBS da zona rural. <u>Financeiro</u> : aquisição de material para aplicação de flúor nas crianças nas escolas e na comunidade rural.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.5 Análise da viabilidade do plano

A viabilidade do plano refere-se à motivação dos agentes envolvidos na idealização e prática das operações. Assim sendo é preciso caracterizar os atores que administram os recursos críticos, analisar a motivação dos mesmos e delinear as prováveis estratégias para concretização do plano em si (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Assim sendo no quadro abaixo estão expostas as variáveis para a viabilidade do plano.

Quadro 3: Análise de viabilidade dos projetos

Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Administrador	Motivação	
Mudança de hábito	<u>Econômicos:</u> Para a aquisição de material informativo, panfletos, folders, folhetos educativos ; <u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde e da educação	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde;	Favorável	Apresentação do projeto.
Criança sorridente	<u>Econômicos:</u> Para a aquisição de material para o ensino da escovação correta e evidenciação de placa. <u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde e da educação	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde;		
Sorriso turbinado	<u>Econômicos:</u> Para a aquisição de material para a aplicação de flúor tanto nas crianças que são da zona rural que estudam nas escolas da zona urbana, mas também em toda a comunidade rural. <u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde;		

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.6 Elaboração do plano operativo

Após identificadas as causas consideradas as mais importantes (nós críticos), foi necessário pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

A partir de cada nó, foi estruturada uma operação/projeto, onde está descritos, as ações, os resultados e produtos esperados e os recursos necessários para as operações. Segue o quadro com essa explicação do desenho das operações.

O quadro a seguir permitirá uma observância de como se estabeleceram as ações para a sua materialização.

Quadro 4: Plano Operativo do planejamento: responsáveis e prazos - parte 1

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mudança de hábito	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização quanto à importância de uma dieta correta com baixo teor de açúcar; - População mais informada. - Garantia de promoção e prevenção da saúde bucal para a população. 	<ul style="list-style-type: none"> - Palestras nas escolas e nas UBS, para que os pais também fiquem informados, a respeito da carie dentária e da importância de uma alimentação correta, com baixo teor de açúcar. - Distribuição de material informativo e fixação de cartazes na UBS e nas escolas da área de abrangência; - Discussão em grupos, atividades lúdicas, teatro, desenhos, textos 	Equipe de saúde bucal : <ul style="list-style-type: none"> - Dentista, - Técnicos em saúde bucal (TSB), - Técnicos em higiene dental (THD). 	Um mês para o início das atividades e termino em 2 dias
Criança sorridente	<ul style="list-style-type: none"> - Redução das doenças periodontais; - Sensibilização quanto à importância da boa higiene oral. - Garantia de promoção e prevenção da saúde bucal para a população. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenciação de placa e demonstração de como escovar os dentes corretamente. 	Equipe de saúde bucal : <ul style="list-style-type: none"> - Dentista, - Técnicos em saúde bucal (TSB), - Técnicos em higiene dental (THD). 	Um dia após o termino do projeto "Mudança de habito".

Fonte: Autoria Própria (2014).

Quadro 5: Plano Operativo do planejamento: responsáveis e prazos - parte 2

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Sorriso turbinado	- Garantia de promoção e prevenção da saúde bucal para a população.	- Aplicação de flúor nos alunos das escolas e na população da comunidade rural. - Triagem de grupos de risco para doenças bucais: cárie, problemas periodontais, exodontia e endodontias. Isso facilita que as ações se complementem e que não ocorra de forma paralela.	Equipe de saúde bucal : - Dentista, - Técnicos em saúde bucal (TSB), - Técnicos em higiene dental (THD).	Um dia após o termino do projeto “Criança Sorridente”.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Proposta de intervenção

Após obter os dados foi sugerida uma intervenção, fundamentada em tais dados com a finalidade de minimizar o problema referente à saúde bucal na UBS João Batista de Miranda. Foi debatido junto à equipe que o modo de intervir para melhorar a realidade local seria através de um enfoque educativo.

O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o 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.

A promoção de saúde bucal deve, portanto, ser visualizada em um contexto em que ações educativas e as ações intersetoriais são complementares, para que no final, o usuário (escolar) tenha mais facilidade em optar pelo que é mais saudável.

Ações educativas baseadas na formação de grupos prioritários em escolas são propostas pela facilidade de interação com o setor de educação e pela oportunidade de intervenção em um momento em que hábitos estão sendo formados.

A realização desses projetos se deu no início do segundo semestre letivo, durante três dias (segunda-feira, terça-feira, quarta-feira). Após um mês foi feita a avaliação do projeto, onde se observou o aumento da procura pelo serviço odontológico, demonstrando assim o interesse pela saúde bucal.

Figura 3: Palestra na USB



Fonte: Autoria Própria (2014).

Figura 4: Demonstração da escovação correta



Fonte: Autoria Própria (2014)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica à saúde constitui-se como porta de entrada do usuário para atuações de promoção e prevenção em saúde. Esta se constitui, também, como um meio de proporcionar progressos ao bem estar do usuário além de oferecer-lhe noções sobre problemas de saúde. Fundamentado nos achados bibliográficos e no plano de intervenção proposto voltado para a promoção da saúde bucal dos escolares cadastrados na unidade concluiu-se que:

- A cárie é uma enfermidade comum que afeta pessoas de todas as idades, especialmente crianças. Ela é infecciosa e oportunista, de aspecto multifatorial. Ela é um processo patológico de origem microbiana (*Streptococcus mutans*), que procede na destruição localizada dos tecidos do dente e está fortemente influenciada pelos açúcares da dieta e pela ação dos componentes presentes na saliva.
- Os alimentos por si só não provocam cárie; é preciso a interação de outros fatores como biológico (*Streptococcus mutans* / *Lactobacillus acidophilus*) e higiene, variando, deste modo, a predominância de pessoa para pessoa. Contudo, a constância do consumo de sacarose é fator que intervém no desenvolvimento da cárie, especialmente se não existirem os cuidados de higiene.
- Para mudar esse quadro, é preciso investir na promoção e prevenção em saúde bucal. A Saúde Bucal é importante para o bem-estar e para a saúde geral, pois a boca é uma das partes do corpo mais notada. Por essa razão, qualquer problema pode prejudicar tanto a saúde quanto a estética, sem deixar de lado que ela permite as pessoas se comunicarem de uma maneira mais efetiva, comer e poder degustar uma variedade de alimentos, o que eleva a qualidade de vida, a autoestima e a confiança.
- A infância é a fase da vida que pode ser considerada a mais significativa para o futuro da saúde bucal da pessoa. Neste período, os conhecimentos e os hábitos de cuidados com a saúde devem ser iniciados, possibilitando, assim, que as ações educativas se fundamentem no reforço de rotinas já implementadas.

- O processo de mudanças de hábitos é muito complexo, enfrenta barreiras (econômicas, sociais, culturais) em que a aquisição do conhecimento é um passo muito importante, mas não o suficiente na maioria das vezes. A mudança de hábito é difícil, pois o usuário tem de vencer dificuldades do meio ambiente e de condições de vida cujas escolhas saudáveis são mais difíceis. Por exemplo, é muito mais fácil para uma criança comer uma bala, um doce que são mais baratos, do que trocá-los por uma escolha mais saudável, como uma fruta que é mais cara. A promoção de saúde bucal deve, portanto, ser visualizada em um contexto em que as ações educativas e as ações intersetoriais são complementares, para que, no final, o usuário tenha mais facilidade em optar pelo que é mais saudável.
- Os cuidados diários preventivos como uma boa escovação dos dentes e língua, o uso certo do fio dental para alcançar as regiões que a escova não alcança e o uso do enxaguatório ajudam evitar que os problemas dentários se tornem mais graves, como, gengivites periodontites, câncer e outras, lembrando que a cárie é uma doença infectocontagiosa, ou seja, transmissível.
- A educação em saúde, promovida no ambiente escolar pode favorecer o envolvimento dos educandos para atuarem e construir novos conhecimentos, de modo a facilitar mudança de posturas, hábitos e cuidados. A idade escolar é uma época propícia, pois o indivíduo já desenvolveu uma noção da relação causa/efeito, colaborando para o reconhecimento da importância da prevenção.
- Além da escola é importante também realizar trabalhos educativos com a família, porque ela também é responsável pelo processo de formação e educação.
- É importante ter noção sobre a área adscrita para atuação onde a unidade está implantada, pois assim o planejamento para combater os problemas de saúde da população fica mais fácil, pois se têm noção da realidade;
- A implantação do projeto de intervenção proposto irá incentivar a prevenção da cárie em indivíduos em idade escolar e a promoção da saúde bucal, levando informações sobre a conscientização e manutenção da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ABC.MED.BR. **Cáries dentárias:** o que são? Quais as causas? Quais os sintomas? Como detectar e tratar? Como prevenir?. Publicado em: 23 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/saude-bucal/367709/caries-dentarias-o-que-sao-quais-as-causas-quais-os-sintomas-como-detectar-e-tratar-como-prevenir.htm>> Acesso em: 28 de jul. 2014
- BARATIERI, L. N. *et al.* **Dentística:** Procedimentos Preventivos e Restauradores. São Paulo: Santos, 1998.
- BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores.** São Paulo: Arte & Ciência; 2008.
- BASTOS; J. R. M. *et al.* Educação para a saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed; 2003.
- BRAGA, M. M. *et al.* A doença Cárie Dentária. In: IMPARATO, J. C. P.; **Selantes de fossas e fissuras:** quando, como e por quê? São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.
- BUISCHI, Y. A. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- CAMPOS, F.C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A.dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010
- COSTA, E. L. **Como motivar adolescentes em saúde bucal:** avaliação de estratégias didático-pedagógicas aplicadas em escolas públicas de São Luís – MA [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Natal, 2000.
- FREIRE, M. C. M. *et al.* Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. **Caderno de Saúde Pública.** v.28, suppl., p. s20-s29, 2012;
- GARCIA, P. P. N. S. *et al.* Saúde Bucal: Crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes do serviço público. **Jornal de Assessoria ao Odontologista,** Curitiba, v.3, n.22, p.36-41, set./out. 2000.
- LEITES, A. C. B. R. *et al.* Aspectos microbiológicos da cárie dental. **Salusvita,** v. 25, n. 2, p. 239-252, 2006
- LEITE, T. A. *et al.* Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creche pública. **Revista Odontológica da Universidade de São Paulo.** v.13, n.1, p. 13-18, 1999

LIMA, J. E. 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. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. v.14, n.3. p. 44-51, 2009

LOSSO, E. *et al.* Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**. v.85, n.4, p. 295-300, 2009

MATURANA, L. **A saúde na escola e os parâmetros curriculares nacionais: analisando a transversalidade em uma escola fluminense**, 2005. Ano v,10, n. 82, s.p.

MONNERAT, A. F. *et al.* Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar? **Revista Brasileira de Odontologia**, 2013, v. 70, n. 1, p. 33-6

NAVARRO, M.FL; *et al.*, Brasileiros comem cada vez mais e com pior qualidade. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, 1999, v. 53, n. 1, p.8-20.

NELSON-FILHO, P.; ASSED, S. Cárie de mamadeira. In: ASSED, S. **Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica**. São Paulo, SP: Artes Médicas; 2005. p. 344-8.

NOVAIS, S. M. A. *et al.* Relação Doença Cárie-Açúcar: Prevalência em Crianças. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 4, n. 3, p. 199-203, set./dez. 2004

OLINDA, E. M. B. Saúde e cotidiano escolar: A escola e a saúde. In: BRASIL, Ministério da Educação. **Programa Salto para o Futuro. Saúde e Educação: uma relação possível e necessária**: Brasília Ministério da Educação, 2009.

OLIVEIRA, B. F. **Educação em saúde bucal para escolares: uma revisão em busca da qualidade**, 2011, 25 p. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família], Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, 2011

OLIVEIRA, A. G. R. C. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: ANTUNES, J. L. F.; P., Marco Aurélio. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006; p. 32-48.

PAULETO, A. R. C. *et al.* Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2004; v.9, n.1, p.121-30.

24. PELICIONI, M. C.F; TORRES, A. L. **A escola promotora da Saúde**. São Paulo: USP, 2004.

PETRY, P.; PRETTO, S. M. **Educação e motivação em saúde bucal**. In: KRIEGER, Léo. Promoção de Saúde Bucal. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
PINTO, V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. São Paulo: Santos;

2001.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos Livraria, 2000.

PEDROSA, J. I. Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde. **Revista APS**, 2008, v. 11, n. 3, p. 303-313.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **A escola promotora da Saúde**. São Paulo: USP, 2004.

RODRIGUES, C. R. M. D. *et al.* Abordagem Educativa-preventiva em Odontopediatria. In: RIELSON, J. A. C.; GONÇALVES, E. A. N. **Odontopediatria: Prevenção**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.113-136.

SALIBA, N. A. *et al.* A dieta escolar e a prevenção da cárie dentária nas escolas públicas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, 2003, v.24, n.2, p. 17-22.

SANT'ANNA, R. M. F. **Análise do conhecimento em saúde bucal dos professores de ensino fundamental das escolas públicas de Bauru-SP**, 2007, 198 f. Dissertação [Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva], Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. 2004; v.15, supl. 2, p.s4-s6.

SOUZA FILHO, M. D. *et al.* Consumo de alimentos ricos em açúcar e cárie dentária em pré-escolares. **Arquivos em Odontologia**, 2010, v.46, n.3, pp. 152-159

TAMIETTI, M. B. *et al.* Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arquivos em Odontologia**, 1998, v. 34, n. 1, p. 33-45.

TENUTA, L. M. A.; CURY J. Fluoreto: da ciência à prática clínica. In: ASSED, S. **Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica**. São Paulo: Artes Médicas; 2005.p.113-52.

THYLSTRUP, A.; FERJERSKOV, O. Diferentes conceitos da cárie dentária e suas implicações. In: THYLSTRUP, A; FERJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. 3 ed. São Paulo: Santos; 2001. p.209-17.

TOMITA, N.E. *et al.* Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculados em creches: importância de fatores sócio-econômicos. **Revista de Saúde Pública** 1996; v.30, n.5, p.413-420.

WANDERLEY, M. T. *et al.* Educação e Motivação na Promoção de Saúde Bucal. In: CORRÊA, M.S. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos Livraria, 2004.