

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

MARIA DE LOURDES SALES DOS SANTOS

Índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos:

Uma proposta de intervenção

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2009

MARIA DE LOURDES SALES DOS SANTOS

Índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos:

Uma proposta de intervenção

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) Faculdade de Medicina / Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2010

MARIA DE LOURDES SALES DOS SANTOS

Índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos:

Uma proposta de intervenção

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) – Faculdade de Medicina / Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Dr. Edison José Corrêa

Profa. Viviane Elisangela

Aprovada em Belo Horizonte ___27___ / ___02___ / ___2010___

AGRADECIMENTOS

A Deus, que dá vida a todos os seres vivos e nos abençoa com seu espírito.

Aos meus pais, Oliveira (*in memoriam*) e Conceição, exemplos de dignidade, amor e caráter.

A Natália e Isabela, filhas maravilhosas, presentes de Deus para mim e meu marido.

Ao meu orientador Prof. Edison José Corrêa, pela paciência e atenção ao orientar este trabalho de conclusão de curso com tanta dedicação e boa vontade, colaborando para meu amadurecimento pessoal e profissional, sendo este trabalho um dos frutos deste aprendizado.

A toda comunidade de usuários do PSF São João I, que tão bem acolheu a nossa equipe, demonstrando sempre carinho, amizade e reconhecimento pelo nosso trabalho e dedicação.

A todos os colegas, funcionários da equipe do PSF São João I, pela amizade e excelente convivência tanto no nosso local de trabalho quanto fora dele.

Aos colegas da turma Alfa, primeira turma do CEABSF em Conselheiro Lafaiete, por todos os momentos que passamos juntos, pela troca de experiências e de vivências nos PSFs e, principalmente, pela amizade.

Aos professores e tutores do CEABSF, pelo auxílio e atenção em diversos momentos.

Ao Dr. Cláudio Renato Bifano, coordenador do Setor de Odontologia da Secretaria de Saúde de Conselheiro Lafaiete, que nos incentivou e apoiou a fazer o Curso de Especialização, por compartilhar seus conhecimentos e também pela boa convivência e amizade.

Às colegas Eni, Técnica em Saúde Bucal (TSB), e Ana Lúcia, Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), pela competência, amizade e sinceridade que nos levam a acreditar na existência de uma bondade infinita no ser humano.

A todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

RESUMO

Diante de um quadro social de muitos e relevantes problemas socioeconômicos da população adscrita à área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) São João I, a equipe de saúde tem um compromisso com uma atuação de maior impacto e a necessidade de soluções técnica e socialmente viáveis, o que mobilizou a busca por uma maior formação e uma Educação Permanente em Saúde (EPS). Este trabalho objetivou avaliar as causas e conseqüências da cárie dental nas crianças da área de abrangência do PSF e mostrou a necessidade de se atuar junto às mães, gestantes e puérperas melhorando o nível de informação, estimulando o autocuidado e o cuidado com as crianças, buscando a qualidade em saúde bucal. Demonstrou a necessidade de criar maior vínculo e co-responsabilidade entre a equipe do PSF São João I e mães, gestantes e puérperas da área de abrangência, frente à preocupante falta de freqüência e comprometimento da população em relação às atividades educativas. A perspectiva é que por meio da informação e acolhimento haverá diminuição de resistência ao tratamento odontológico entre as gestantes e crianças, o que, por falta de informação e preconceito, tem agravado seus problemas de saúde bucal.

ABSTRACT

Faced with a membership of many important socio-economic problems of the population assigned to the area covered by the PSF St. John I, the team had a commitment to acting with the greatest impact and the need for technical solutions and socially viable, which mobilized to search for better training and a Permanente Education in Health (EPS). This study aimed to evaluate the causes and consequences of dental caries in children from the area under the PSF, and shows the need to work with mothers, pregnant and postpartum women by improving the level of information, encouraging self-care and child care, seeking the quality of oral health. There is a need to create ties and co-responsibility between the staff of St. John I PSF, and mothers, pregnant women and mothers of the coverage area, because the worrying lack of attendance and full involvement of the population in educational activities. The prospect is that through information and will decrease host resistance to dental treatment among pregnant women and children, lack of information and prejudice has deepened their oral health problems.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ABS – Atenção Básica a Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAIC – Centro de Apoio Integral à Criança

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

ceo-d – Número de dentes cariados, extraídos e obturados na dentição decídua

CPO-D – Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados, na dentição permanente

CRAS – Centro Regional de Assistência Social

EAD – Educação a Distância

EJA – Educação de Jovens e Adultos

EPS – Educação Permanente em Saúde

MST – Movimento dos Sem Teto

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnica em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução | 9 |
| Aspectos conceituais | 11 |
| Direcionamento do trabalho | 13 |
| Objetivos | 14 |
| Método | 14 |
| Seção 1 - Educação Permanente em Saúde | 15 |
| Seção 2 - Índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos: um problema prioritário | 21 |
| 2.1 - Uma aproximação conceitual: a doença cárie dental | 21 |
| 2.2 - Uma avaliação local: a equipe e a comunidade | 27 |
| Seção 3 - Proposta de intervenção para a atuação profissional | 35 |
| 3.1 - Plano de intervenção: aspectos básicos | 35 |
| 3.2 - Plano de intervenção: aspectos operacionais | 43 |
| Considerações finais | 55 |
| Referências | 57 |
| APÊNDICE A | 62 |
| APÊNDICE B | 63 |

Introdução

A estratégia de Saúde da Família (SF) é a base para a reorganização da Atenção Básica a Saúde (ABS), no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca a atenção à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Portanto, o Ministério da Saúde vem reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1997)

Ainda segundo o Ministério da Saúde:

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. (Ibidem, p. 8)

A estratégia de Saúde da Família busca desse modo, a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, orientados para o cuidado da população centrado na família. Dentro desta perspectiva, “os membros da equipe de Saúde da Família devem desenvolver capacidade de observação, relacionamento e comunicação para atuar com princípios éticos, cidadania, responsabilidade, dignidade, honestidade e entendimento do significado do cuidar de família”. (MAIA, 2005, p. 23)

Em Saúde Bucal, ao focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se, também, consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes, caracterizados ora como curativo-mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar. Maia considera que:

A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) representa uma importante contribuição para melhoria da qualidade de vida da população brasileira. As práticas do PSF estão comprometidas com a solução dos problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população. O profissional inserido nesta nova proposta enfrenta o desafio de ajustar o conteúdo técnico científico da sua formação profissional à prática diária. (Ibidem, p. 17)

O desafio enfrentado pelo profissional da odontologia deve partir da busca pela melhoria da qualidade de vida do usuário, pois, segundo o texto do Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica do Ministério da Saúde, de janeiro de 2001:

Ao considerar a Saúde Bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla – enquanto qualidade de vida – adquire maior importância à busca de mecanismos que ampliem as suas ações e viabilizem a melhoria da situação epidemiológica nessa área, no Brasil. Reconhecemos, porém, que a ênfase na intervenção clínica e individual prestada no ambiente do consultório odontológico tem potencial reduzido para superar os principais agravos à Saúde Bucal.

Aspectos conceituais

O Programa Saúde da Família (PSF) do bairro São João, chamado PSF São João I, está sediado em um anexo da Escola Municipal Dr. Rui Pena, do Centro de Apoio Integral à Criança (CAIC), em Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais. Apesar de esse PSF já existir há 10 anos, a equipe de saúde bucal só foi implantada há dois anos (em junho de 2007), contando com uma cirurgiã-dentista – no presente trabalho, a autora –, uma técnica em saúde bucal (TSB) e uma auxiliar de saúde bucal (ASB). O espaço físico é bom, com salas amplas e bem iluminadas e atende as 1.200 famílias cadastradas nesta Unidade Básica de Saúde (UBS). São seis agentes comunitários de saúde (ACS), e cada uma é responsável por 200 famílias, perfazendo um total de 1.200 famílias, sendo cerca de 4.000 pessoas cadastradas neste PSF. Existe uma sala para o médico, uma para a enfermagem, uma sala de recepção, uma copa, um amplo corredor que serve como sala de espera e uma sala para o consultório dentário. A equipe conta com um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma dentista, uma ASB, uma TSB, e seis agentes comunitárias de saúde.

A área onde está inserida a UBS é uma das áreas de risco da cidade de Conselheiro Lafaiete, atendendo atualmente algumas ruas do bairro São João e Bairro Nossa da Guia.

A região adscrita a esse PSF é bastante heterogênea, mas a maioria das famílias é de baixo nível socioeconômico, com problemas próprios de periferia urbana e, ao mesmo tempo, de zona rural.

Com a instalação das equipes foram inicialmente avaliados o risco social – evidenciando precárias condições socioeconômicas – e o risco ambiental (defesa civil) – demonstrando áreas de deslizamento e de falta de saneamento básico – do local onde atua o PSF. Foi realizado o mapeamento do território e sua divisão em microáreas, para atuação das ACSs.

Foi constatado, então, que muitas famílias têm precárias condições para o desenvolvimento da saúde – casas sem rede de esgoto, sem energia elétrica, com fiação elétrica clandestina. As famílias são bastante numerosas e, em sua maioria, as moradias são muito precárias, algumas em más condições de salubridade e com muitos animais, como cães e gatos. O bairro Nossa Senhora da Guia, que também pertence a esse PSF, ainda não tem rede de esgoto, nem calçamento.

Entre os instrumentos de trabalho a equipe de SF conta com cadastros, mapas, agendas, etc., e utiliza diversas informações, como os sistemas de informação existentes no PSF, o cadastro de usuários do sistema de saúde e comunicações de líderes comunitários, prontuários, livros, cartões de vacina. É fonte importante de informação o conhecimento acumulado, em vivência, pela equipe de saúde da família e outras equipes. A unidade tem múltiplos formulários, que são preenchidos para atender a demanda dos diferentes sistemas. Entretanto, os profissionais de saúde têm pouca qualificação no manejo de informação, pelo que alguns dados são pouco utilizados.

A Ficha A é bastante utilizada, pois representa a ficha de cadastro familiar: Contém dados básicos de características socioeconômicas, de saúde (morbidade referida) e de moradia, e informações sobre as famílias e seus indivíduos. É preenchida pelas ACSs no momento de cadastramento das famílias.

A Ficha B é utilizada pelos ACSs para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários, como hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos e tuberculosos. São preenchidas mensalmente, no momento das visitas domiciliares. A equipe odontológica utiliza essas fichas para organizar a demanda programada e o atendimento prioritário a esses grupos.

A Ficha C presta-se ao acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de dois anos (Cartão da Criança).

A Ficha D é utilizada por toda equipe do PSF para o registro das atividades diárias (consultas médicas, de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos), bem como para notificação de algumas doenças.

Os relatórios de situação de saúde, e acompanhamento das famílias, representam um consolidado dos dados presentes nas fichas de cadastro e acompanhamento.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência. Propõe, com isso, que se conheçam as condições de saúde da população adscrita, bem como os

fatores determinantes do processo saúde-doença. Representa, então, uma fonte de dados de grande valor para a realização de diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, norteando o planejamento e avaliação de ações em saúde.

Direcionamento do trabalho

Pelo princípio da equidade do SUS, o atendimento da equipe de SF está direcionado para áreas onde o poder público pouco atua, observando o indivíduo no contexto familiar e em suas condições de vida. Às vezes os usuários procuram o PSF com uma demanda, mas, quando observadas as pessoas no contexto familiar, são descobertas demandas ocultas, às vezes mais urgentes. Então, nas microáreas, oferecemos atendimento prioritário e acompanhamento às famílias de risco social, econômico e ambiental. Por meio de visitas e trabalho das ACSs estamos sempre fazendo as devidas modificações no mapa – mudanças de endereço, óbitos, nascimentos, etc.

Algumas reuniões com a comunidade têm sido realizadas no Centro Regional de Assistência Social (CRAS), localizado próximo a esse PSF. Essa parceria tem dado bons resultados, pois a motivação para a participação em reuniões, além de serem feitas pelas ACSs do PSF, conta também com o reforço das assistentes sociais do CRAS.

Periodicamente são realizados eventos direcionados a gestante, idosos, crianças e jovens que freqüentam o CRAS nos seus diversos projetos, com palestras do médico, enfermeira e dentista. Neste mesmo local reúnem-se vários grupos como o de Educação de Jovens e Adultos (EJA), o do Programa Agente Jovem, o de aulas de artesanato para adolescentes, o de oficinas para crianças, tornando-se um ótimo local para realizarmos atividades ligadas à prevenção na área de odontologia, em que utilizamos exibição de vídeos, escovações supervisionadas, etc.

No caso do atendimento odontológico, as urgências e emergências acontecem com muita freqüência; o maior problema é não congestionar o atendimento, já que existe uma agenda de consultas e atendimentos programados – em média 12 pacientes por dia. As emergências são prioridades no dia, dando ênfase ao acolhimento qualificado do usuário. A nossa maior dificuldade tem sido organizar a demanda espontânea, que é muito grande, mas acreditamos que, com o trabalho de prevenção caminhando e melhorando, essa demanda, e as emergências, irão diminuindo.

Através das visitas domiciliares foi observado que muitas famílias têm dificuldade na aquisição freqüente de escova, creme e fio dental. Então foi adotada a prática de levar escovas e cremes dentais – fornecidos pela prefeitura, dentro do Programa Brasil Sorridente – para as famílias que necessitam, conseguindo assim um maior comprometimento quanto à higiene bucal. Entretanto, ainda não há bastantes *kits* de higiene bucal para todas as famílias, mas, em breve, todos os usuários deverão ser atendidos.

Objetivos

Este trabalho está direcionado no sentido de avaliar os determinantes e condicionantes de um problema enfrentado pela equipe de saúde bucal do PSF São João I: Índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos.

Como, na verdade, é um problema que envolve toda a equipe – pois a boca não está isolada do corpo, o corpo não está isolado da mente e as condições socioeconômicas e ambientais influenciam sobremaneira toda a comunidade – uma proposta de intervenção é apresentada, nessa perspectiva.

Método

Foi utilizada a pesquisa bibliográfica utilizando-se o acesso à Biblioteca Virtual de Saúde – descritores saúde bucal, saúde da família, educação permanente em saúde –, publicações oficiais disponíveis na unidade de saúde e biblioteca pessoal da autora e a consulta aos dados secundários disponíveis para a equipe de Saúde da Família, no sistema de informação

Foi apresentado, até aqui, uma visão introdutória dos principais entendimentos sobre a estratégia da Saúde da Família, o papel da equipe, na qual se integra a equipe de Saúde Bucal, contextualizando-a no território da equipe do PSF São João I, de Conselheiro Lafaiete. Esse contexto é a base do direcionamento do trabalho da equipe, o que foi também apresentado. Considerando que um dos aspectos fundamentais para a atuação da equipe é sua formação e sua Educação Permanente em Saúde, essa temática será tomada como objeto de reflexão, na Seção 1.

Seção 1

Educação Permanente em Saúde

Diante do quadro social vivenciado pela equipe do Programa de Saúde da Família São João I, de Conselheiro Lafaiete, o compromisso com uma atuação de maior impacto e a necessidade de soluções técnica e socialmente viáveis mobiliza a equipe de SF a buscar uma maior formação e uma Educação Permanente em Saúde (EPS). Assim, com a oportunidade do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), a autora a ele se habilitou, capacitando-se a administrar e enfrentar melhor os problemas do dia-a-dia de trabalho, pois o trabalho em equipe constitui um desafio, devido à diversidade de pessoas e idéias. Nesta seção será avaliada a relevância do conhecimento e da EPS para os profissionais que integram o Programa Saúde da Família.

O profissional da saúde deve sempre estar em formação, pois, o conhecimento muda a cada instante e, em função da mudança e da necessidade de inovação, é preciso atualizar-se continuamente para não se tornar obsoleto em conceitos e perspectivas. É preciso que o conhecimento seja transformado em ação; a teoria, em prática aplicada para a solução dos problemas, diagnosticando situações e propondo soluções criativas e inovadoras. Estas atitudes representam a maneira de liderar, motivar, comunicar e levar os projetos adiante. (CHIAVENATO, 1997).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. Esta proposta foi aprovada na Comissão Intergestorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, em julho de 2003. Em Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em Brasília em 18 de setembro de 2003, foi aprovada a Política Nacional de Educação Permanente. Ela propõe a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a transformação das práticas de saúde no campo da gestão, da atenção e do controle social na integralização e humanização da atenção, com a melhoria constante das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004).

O processo contínuo de aprendizagem, que se inicia com a conclusão da formação profissional básica e a obtenção do título profissional, por meio do qual o indivíduo adquire e

aprofunda conhecimentos e capacidades, visam o desenvolvimento pessoal e profissional e repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados. Para Ceccim, educação permanente pode ser definida como:

[...] a ação pedagógica que enfoca o cotidiano do trabalho em saúde e o leva à auto-análise e à reflexão de processo. A EPS avança no sentido multiprofissional e na construção coletiva por meio das experiências vivenciadas de novos conhecimentos, que podem gerar novas práticas. Assim, a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde. (2005, p. 977).

Pode-se concluir que, a EPS tem como objetivo a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, deste modo, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Ao tomar como objetivo de transformação e de investigação o processo de trabalho, a EPS não procura transformar todos os problemas educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços.

Conforme Ribeiro há problemas identificados em que:

[...] claramente a ação se orienta para a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos; outros problemas envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e princípios. Frequentemente, problemas aparentemente de natureza técnica podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e de atuar dos profissionais. De qualquer forma, não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, na sua singularidade. (2009, p. 5)

É essencial que a educação permanente seja compreendida como aprendizagem no trabalho, incorporada pela experiência, onde aprender e ensinar se relaciona ao cotidiano das organizações e ao trabalho. O fundamento desta metodologia em Saúde é a aprendizagem significativa, no qual a transformação dos profissionais se baseia na reflexão crítica sobre práticas nos serviços prestados à população, referenciando as suas necessidades reais, da gestão e o apelo do controle social em saúde, transformando as práticas profissionais e organização do trabalho a partir da problematização do processo de

trabalho. Possibilita identificar problemas no contexto da sociedade e seus nós críticos, propiciando a elaboração de estratégias mais efetivas para enfrentar problemas na consolidação do SUS no campo de atenção, gestão, formação e controle social. (BRASIL, 2004).

A detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho é a condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos. Ceccim considera que:

[...] a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho é que traz o desconforto que tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações. (2005, p. 67)

A EPS tem vários objetivos, e, segundo Moimaz, entre deles estão:

[...] analisar experiências locais e organização de ações de saúde; produzir novos pactos e acordos nos trabalhos do SUS, principalmente na atenção, gestão, participação e formação; possibilitar a integração entre formação, desenvolvimento docente, gestão, práticas de atenção à saúde e controle social; valorização das necessidades locais da população e humanização do tratamento; problematização dos serviços de saúde; estratégias mais eficazes e que possam ser levadas para a prática. (2009, p.3).

A Educação a Distância (EAD) vem sendo compreendida como “importante estratégia para a qualificação de recursos humanos no Brasil. Não obstante o reconhecimento do potencial da EAD como componente da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda se trata de um tema pouco explorado na literatura especializada”. (PAIM, 2009, p. 102).

“Mudanças significativas na forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros depende do nosso envolvimento, profissionais de saúde, cuja formação, por vezes, encontra-se em descompasso com os princípios e diretrizes do SUS, com novas formas de ensinar e aprender”. (Ibidem).

Nessa perspectiva, Paim ainda considera que:

[...] a EAD apresenta-se como uma “alternativa fundamental para a qualificação de recursos humanos, considerando-se como elemento diferencial a possibilidade de formação e qualificação de profissionais que estão no exercício de suas funções e distantes dos grandes centros formadores do país. Configura-se, dessa maneira, em um importante instrumento para a democratização do acesso à educação, especialmente quando se entende que a rede de computadores conectados à *Internet* pode constituir-se em um espaço privilegiado de acesso, busca e compartilhamento de informações e conhecimentos, com base nas necessidades e disponibilidade dos diversos indivíduos. (Ibidem, p. 95)

O CEABSF é uma das propostas de educação permanente em Saúde, em Minas Gerais. Abre as portas aos profissionais das equipes de SF sobre um tema até certo ponto novo – uma nova estratégia de lidar com a saúde pública, uma vez que a cultura anterior (curativa) não responde à demanda crescente por soluções na área de saúde (ou das doenças). Promover, proteger, prevenir – eis o tripé em que se assenta a Atenção Primária (ou Atenção Básica). São inúmeras as faces dos problemas e as soluções podem ser simples, como podem estar diretamente nas mãos daqueles que detêm o poder de mando. A falta de perfil e a resistência às mudanças (comodismo ou medo) representam enormes entraves às mudanças necessárias.

Assim, o CEABSF nos mostra, na afirmação de Vasconcelos que:

Ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas para uma sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas, ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades e direitos à saúde. (2008, p. 57)

A reflexão que o CEABSF propõe nos leva a tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gera o desconforto com a inércia, levando a equipe a abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permitindo praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde.

A valorização do profissional é tema de sabida relevância, tanto a valorização pessoal, quanto ao vínculo (estabilidade, remuneração condizente com a carga horária exigida), quanto à capacitação dele exigida (e muitas vezes não conseguida). A rotatividade na equipe se deve a diversos fatores, principalmente estes dois: financeiro (vínculo precário) e vontade política (muitos gestores ainda não compreenderam bem a importância da Atenção Primária). O mais importante: as soluções devem passar por uma melhor organização dos serviços, partindo de um melhor conhecimento da população (necessidades, expectativas); por um planejamento baseado nas reais necessidades dessa população, elegendo-se prioridades, para que se consiga ao longo da caminhada atingir os verdadeiros objetivos: a saúde da população (CARDOSO, 2008)

Toda mudança requer boa vontade, entrosamento, comprometimento. Mas, ao mesmo tempo o ser humano tem necessidade de ser reconhecido pelos seus esforços. Portanto é comum imaginarmos que a inércia parte da falta de estímulo, até mesmo financeiro. Mas, na verdade é difícil para alguns entenderem que é necessário lutar primeiro pelas mudanças na forma de fazer, ter um maior comprometimento, para depois alcançarmos os nossos objetivos, e reconhecimento.

O curso nos mostra que devemos conhecer e, dialogar para construir um novo pensamento coletivo, onde usuários e equipe de SF busquem um objetivo comum, que é a valorização de todos os aspectos ligados a prevenção e manutenção da saúde, para alcançar o nosso objetivo de melhorar a qualidade de vida da população. Observa-se que a mudança de hábito, e a criação de vínculo, é um processo bastante complexo, e o caminho que a equipe deve buscar para a solução dos problemas da comunidade adscrita é realmente este: estudo, planejamento e comprometimento.

Outra questão fundamental abordada no CEABSF é o alerta para a verdade de que os determinantes de saúde e doença interferem drasticamente no processo de trabalho e na organização da agenda da equipe de saúde, de forma que eles constantemente provocam alterações deste processo de trabalho. A condição socioeconômica afeta muito a saúde bucal, levando a um aumento da demanda espontânea e isso acarreta mudanças inesperadas no processo de trabalho e na agenda do profissional.

Cientes de que a base do nosso trabalho está na comunicação, que é de suma importância, através dela podemos conhecer o paciente, sua realidade, necessidades, costumes; estabelecer uma relação de confiança e a partir daí, dar orientações necessárias para obtermos as transformações que desejamos. Transformações essas, que ocorrem tanto nos pacientes, quanto nos profissionais, uma vez que há esse intercâmbio de culturas, de

informações, de conhecimentos. A maneira como essa comunicação ocorre, fará toda a diferença neste processo. Deve ser de forma clara, simples e objetiva, de fácil entendimento, evitando o uso de termos técnicos, e, sempre que possível, ocorrer não só de forma verbal, como também através de exemplos práticos, cartazes, vídeos, etc. E, principalmente, deve haver interação entre profissional e paciente, uma vez que ORIENTAÇÃO sem PARTICIPAÇÃO, não é comunicação, não gera resultados e ambas são peças indispensáveis no trabalho de prevenção e promoção da saúde. (VASCONCELOS, 2009).

Foi realizada, até aqui, uma reflexão sobre os principais objetivos da EPS e a importância do CEABSF na formação do profissional que atua na estratégia da SF, observando a necessidade da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Considerando que a equipe deverá estar atenta para os principais problemas de saúde da população foi eleito um problema de saúde bucal, como tema do nosso trabalho, que será justificado na seção 2.

Seção 2

Índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos: um problema prioritário

Nesta seção, o aspecto central será um problema prevalente detectado na comunidade que pertence à área adscrita ao Programa de Saúde da Família São João I, em Conselheiro Lafaiete. Foi abordado na seção anterior que o desenvolvimento das atividades do CEABSF possibilitou uma maior reflexão sobre o processo de trabalho da equipe, motivando o estudo e que seja utilizado o planejamento e a programação da atenção à saúde bucal, a partir das informações epidemiológicas e do risco de adoecer. Será feita uma aproximação conceitual através de uma revisão da literatura, justificando a importância e relevância do problema apresentado.

2.1- Uma aproximação conceitual: a doença cárie dental

Peres (2003) considera que a cárie dentária é

[...] a doença mais comum em crianças da região das Américas, [e] constitui um aspecto crítico das condições gerais de saúde, devido ao seu peso na carga de doenças, e ao seu impacto na qualidade de vida por ser causa de dor e sofrimento. Além disso, os altos custos de tratamento e a possibilidade de utilização de medidas preventivas efetivas contribuem para ela ser considerada um importante problema de saúde pública (p. 293).

A cárie dentária é uma doença crônica, “resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários proveniente da produção de ácidos produzidos por bactérias, quando estas metabolizam carboidratos, em especial a sacarose, oriundos da dieta” (Ibidem, p. 294). Apesar da etiologia da cárie ser bem conhecida, muitos aspectos relativos ao papel dos fatores sociais e biológicos nos primeiros anos de vida continuam obscuros. Alguns pesquisadores têm identificado a

[...] influência de fenômenos que ocorrem no período perinatal e da primeira infância na determinação de cárie anos mais tarde, como baixo peso ao nascer, doenças e sintomas apresentados nos primeiros anos e déficit na relação entre altura e idade no primeiro ano de vida, indicador síntese do estado nutricional infantil. (Ibidem)

A prevalência da cárie dentária no Brasil em crianças jovens vem sendo estudada ao longo dos anos. Pesquisadores paulistas verificaram que “crianças residentes em Diadema, São Paulo, com idade variando entre 30 e 36 meses, que participaram da Campanha Nacional de Multivacinação, apresentaram um ceo-d (número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) médio de 2,89.” (FEITOSA, 2004, p. 604) Esses autores afirmaram que “a gravidade da cárie dentária em crianças na faixa etária de 0 a 36 meses aumenta proporcionalmente ao aumento da idade.” (Ibidem)

Deve-se salientar que, mesmo com o “crescente declínio da cárie dentária em diversos locais e em determinados grupos etários, uma significativa parcela da população ainda sofre de problemas odontológicos, onde 70% dos dentes cariados estão em 30% das crianças”. (FEITOSA, 2004, p.605)

Os fatores socioeconômicos têm recebido considerável atenção na literatura científica, como fator de risco à saúde. De acordo com Pereira,

[...] a associação entre renda, por exemplo, é muito nítida, tanto em nível individual quanto no coletivo. Nas famílias de menor renda, especialmente nos países do Terceiro Mundo, encontra-se uma alta freqüência de desnutrição, doenças sexualmente transmissíveis e condições ambientais deficientes (PEREIRA *apud* FEITOSA, 2004, p. 605).

Na literatura odontológica, a associação entre nível socioeconômico e cárie dentária está amplamente estabelecida, é um problema socioeconômico e comportamental que afeta crianças em idade precoce e que, se não for interceptada no início da infância poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo. “A epidemiologia das doenças bucais na dentição decídua tem preocupado os pesquisadores do mundo inteiro. Estudos epidemiológicos nacionais e internacionais em crianças de cinco a 60 meses de idade constataram que o maior problema de saúde bucal nessa faixa etária continua sendo a cárie dentária”. (GRADELLA, 2007, p. 330)

O último levantamento epidemiológico de saúde bucal nacional foi realizado com o

[...] Projeto SB Brasil 2003, para estimar a prevalência de cárie dentária em crianças na faixa etária de 24 a 36 meses e cinco anos de idade, entre outros grupos etários estudados. Foram observadas grandes diversidades regionais e as regiões norte e nordeste apresentaram o índice CPO-D/ceo-d (índice de dentes cariados, perdidos e obturados permanentes e/ cariados,

extraídos e obturados decíduos) sempre maiores quando comparadas as outras regiões do Brasil (Ibidem).

A magnitude e gravidade da cárie dentária em dentes decíduos constituem-se ainda em um grave problema de saúde e necessita receber atenção especial, sendo que um dos maiores agravantes deste problema é que nas últimas décadas

[...] o consumo de açúcar em sociedades emergentes tem sido crescente. A substituição de produtos locais por alimentos manufaturados, particularmente com alto conteúdo de açúcar, tem sido acompanhada por um aumento na cárie dental. A frequência do consumo de açúcar é um importante fator na etiologia da cárie e o consumo de alimentos adoçados é influenciado por uma variedade de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. (TOMITA, 1999, p. 543)

Os pesquisadores observaram que “crianças do estrato socioeconômico menos favorecido apresentaram maior preferência pelo açúcar e também maior prevalência de cárie, o que implica a necessidade de planejar ações direcionadas à educação em saúde e promoção de saúde bucal em populações com privações sociais” (Ibidem)

A perda precoce dos dentes decíduos está entre os incontáveis fatores etiológicos de uma má oclusão. O trauma e as doenças periodontais influenciam consideravelmente na ocorrência das perdas dentárias, mas é a cárie dentária que continua a ser a principal vilã do alto índice dessas perdas. Portanto, a manutenção da higidez da dentição decídua concorre para o desenvolvimento normal da oclusão na dentição permanente, sendo um excelente “mantenedor de espaço” natural. As conseqüências mais comuns da perda precoce do dente decíduo são a rotação dental, extrusão do antagonista, mesialização do germe do dente permanente, retenção do dente permanente, mordida cruzada, apinhamento secundário, entre outras. (GUEDES-PINTO, 1990)

Estudos revelaram que “os incisivos superiores são os dentes mais severamente afetados pela cárie dentária associado com hábitos prolongados ou excessivos da sucção da mamadeira. Esses dentes são os mais afetados do que os outros, porque eles são os primeiros a erupcionar e, também são os mais expostos a líquidos ou sucos.” (DILLEY *apud* SILVA, 2007)

Quando um dente decíduo é perdido

[...] antes de seu sucessor permanente estar no estágio 6 de NOLLA, isto é, estar com a formação coronária e a formação radicular já iniciada, o osso provavelmente será repostado acima do dente permanente e um tecido mole fibrótico se depositará sobre o germe, retardando sua erupção e permitindo a inclinação dos dentes mais distalmente colocados, que ocupam o espaço que deveria ser ocupado pelo dente retardado”. (KELNER, 2005, p. 215)

Os autores, ainda, relacionam que “a grande distância dos germes dos dentes permanentes ao plano oclusal faz com que ocorra uma inclinação méso-lingual dos dentes decíduos adjacentes, estimulados, ainda, pela pressão dos tecidos musculares circundantes provocando o fechamento do espaço” (Ibidem).

Um fator preocupante é que a perda dos dentes superiores decíduos pode favorecer a instalação de hábitos bucais deletérios devido à função incorreta dos lábios e da língua, o que acarretará problemas na fonação, deglutição e mastigação, além do fator estético e psicológico. Muitos sons são feitos com a língua tocando o lado lingual dos incisivos superiores e a fonética inapropriada pode se desenvolver se esses dentes estiverem faltando. (LOVEY *apud* SILVA, 1996).

É fundamental observar que a perda dental anterior, principalmente dos dentes incisivos, ocorre “devido a traumatismos e em segundo lugar por cáries, embora em menor número ainda haja cáries rampantes e de mamadeira” (PINKHAN, 1995, p. 395). As lesões traumáticas são frequentes, pois “durante esta fase a criança aprende a engatinhar, andar e correr. A maior parte das perdas precoces dentais posteriores se dá por cáries” (Ibidem). O autor ainda cita que “a estética é a razão mais importante para substituir os incisivos ausentes”. (Ibidem)

A perda de qualquer dente decíduo, antes de sua época natural de esfoliação, pode facilitar a erupção precoce de seu sucessor permanente ou retardá-lo, de acordo com o estágio de formação dentária; além disso, “a perda precoce do segundo molar decíduo favorecerá a mesialização do primeiro molar permanente, principalmente se este não estiver irrompido quando ocorreu a perda prematura do molar decíduo” (CARDOSO, 2005, p. 19).

O campo de ação da odontopediatria é muito abrangente, e diz respeito à:

[...] prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento integral da criança em todos os aspectos relacionados com a boca nas diferentes idades e fases de desenvolvimento. Nesta linha de pensamento, educação e prevenção têm papel fundamental. A educação dos pais e responsáveis é fundamental para o atendimento odontológico da criança, que tem o enfoque preventivo como ponto central para a manutenção da saúde. (CRUZ, 2004, p.185).

Portanto, “fazer com que os pais tomem consciência do seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na construção de hábitos de higiene bucal na criança” (Ibidem).

Conseqüentemente, os pais precisam ser orientados quanto à importância da saúde bucal e de sua manutenção através da higiene do bebê, devem possuir conhecimentos sobre a amamentação natural e artificial, o controle da ingestão de açúcar e importância da aplicação do flúor.

Previamente à erupção dos primeiros dentes decíduos é importante que “as gengivas sejam massageadas e a cavidade bucal limpa, visando à remoção de restos alimentares. Nesse sentido, especialistas afirmaram que essa higiene poderia ser realizada com auxílio da dedeira ou gaze ou fralda umedecida em água fervida”. (Ibidem, p186)

A atenção à saúde bucal deve ser iniciada em uma idade precoce, preferencialmente no primeiro ano de vida. Dessa forma, Cruz ainda afirma que:

[...] se os pais forem informados dos prováveis efeitos negativos da utilização da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante à higiene deficiente, da importância da dieta equilibrada, do uso do flúor e dos cuidados quanto à higiene bucal, assim como da necessidade da visita ao cirurgião-dentista quando do irrompimento dos primeiros dentes decíduos, tornar-se-á mais fácil impedir o estabelecimento de maus hábitos. (2004, p.186).

A educação em saúde pode ser considerada como essencial à manutenção e prevenção da saúde. “A educação odontológica da mãe/responsável é fator determinante para a saúde bucal futura da criança, e a família serve como modelo, assim como auxilia a criança a cuidar de seus dentes”. (CRUZ, 2004, p. 187). A prevenção da cárie dentária na primeira infância requer, deste modo, ações amplas e multidisciplinares, visto a complexidade etiológica desta doença, isto porque crianças com lesões de cárie na primeira dentição estão mais predispostas a desenvolvê-las também nas dentições mista e permanente.

A Organização Mundial de Saúde (1997) estabeleceu para o ano 2000,

[...] meta para a saúde bucal em que 50% das crianças aos cinco anos de idade não devem possuir lesões de cárie. Para o ano de 2010, a meta será ter 90% dessas crianças sem lesões de cárie. De acordo com os dados obtidos em várias pesquisas no Brasil, 71,3% das crianças com quatro anos de idade apresentaram a doença cárie em 2005. Percebe-se, por meio desses resultados, que estamos bem aquém das metas mundiais de saúde bucal estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. (GRADELLA, 2007, p.333)

O livro "Educação Dentária da Criança" enfatiza que é necessária uma propaganda sem limites no seio familiar, pois a profilaxia deve começar desde a vida da criança no ventre materno com formação dos órgãos dentários sadios e bem calcificados. Ressalta também que os dentes que merecem os maiores cuidados higiênicos são os primeiros a aparecerem na cavidade bucal e, em função de sua dificuldade de escovação, já preconizava a sua limpeza com gaze esterilizada e embebida em solução de bicarbonato de sódio (PEREIRA, 1929 *apud* SILVA, 2007, p.53).

Os métodos preventivos em crianças em idade escolar estão bem documentados, mas poucos são os que relatam o controle dos hábitos alimentares como meios de prevenção de cáries em bebês, ou seja, muita ênfase é dada ao dano causal pelo uso indiscriminado de carboidratos em crianças de idade escolar e pouca nos bebês e crianças em idade pré-escolar.

Um ponto fundamental e comum aos programas de assistência odontológica da primeira infância é

[...] a necessidade de educação e conscientização dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos, em razão da enorme influência que a família exerce na definição dos hábitos dietéticos e de higiene bucal da criança. Os professores de pré-escola têm o importante papel de auxiliares nos métodos de prevenção e após receberem orientações, promoverem a educação dos pais para a saúde bucal dos seus filhos. (SILVA, 2007, p. 54)

Numa revisão de literatura sobre o papel dos pais nos programas de promoção de saúde, foram avaliados

[...] os conhecimentos das gestantes sobre o processo saúde/doença, programa de promoção de saúde bucal destinados às gestantes e propostas de atendimento interdisciplinar” conclui que, “apesar das gestantes representarem um grupo especial de risco, pouquíssimos serviços de saúde pré-natal consideram a saúde bucal das gestantes como parte da saúde geral e que, os poucos trabalhos sobre o serviço de pré-natal odontológico mostraram que as medidas de promoção de saúde bucal são muito bem recebidas pelas gestantes. (SILVA, 2007 p. 54)

A gestante mostra-se psicologicamente receptiva a adquirir novos hábitos, quando estes vão favorecer o bom desenvolvimento do bebê.

Crianças com menos de três anos de idade, na presença de fatores de risco como higiene deficiente, aleitamento noturno e dieta rica em sacarose, quando associados à falta de orientação dos pais, contaminação pelos estreptococos do grupo *mutans* e hábitos inadequados, apresentam um ambiente bucal propício ao desenvolvimento de lesões cáries: opinião sustentada pela maioria dos autores da área. (MASSAO, 1996)

Foi enfatizada a importância da implantação de programas de atendimento à criança desde o primeiro ano de vida, enfatizando que a higiene bucal deve ser feita junto com a higiene corporal a fim de introduzir o hábito de associar a boca ao restante do corpo. (SILVA, 2007.

2.2- Uma avaliação local: a equipe e a comunidade

Através desta revisão bibliográfica pode-se constatar que um problema odontológico se transformou num dos principais vilões da saúde infantil. A cárie atinge 60% das crianças brasileiras com cinco anos de idade. Aos doze anos, crianças já têm, em média, três dentes cariados, perdidos ou obturados. Os principais fatores que causam cáries em crianças são alimentação rica em doces e falta de escovação dentária. Portanto, é fundamental a vigilância diária dos pais, o auxílio na higiene, além de visitas a cada seis meses ao dentista. Será apresentado nesta parte, o diagnóstico situacional que levou a equipe a selecionar “índice elevado de cárie em crianças de dois a seis anos” como de grande importância para o enfrentamento da equipe

A polarização da cárie dentária, fenômeno onde a prevalência da patologia acomete, com maior frequência, grupos sociais menos favorecidos sócio-economicamente, fortaleceu mais intensamente as preocupações no controle e prevenção da cárie na UBS onde atua nossa equipe, por ser uma área muito carente da cidade, bem como as repercussões da cárie dentária na vida do paciente infantil

Reconhecendo a importância dos pais na prevenção da cárie dentária, durante a anamnese e visitas domiciliares foi verificado o conhecimento e percepção que as mães têm sobre a higiene bucal de seus bebês. Na anamnese na primeira consulta das crianças, e em conversas durante as visitas domiciliares observa-se que muitos pais acreditam que a cárie nos primeiros dentes é algo natural, uma fatalidade, provocando um quadro de cárie estabelecida antes mesmo dos três anos de idade. Outro agravante é que por muitos anos houve uma carência no sistema público para atender esta faixa etária (dois a seis anos).

É importante levar também informações sobre o desenvolvimento da criança, como a transição da amamentação para alimentos sólidos e o uso da chupeta e da mamadeira. Diante desses equívocos, é imprescindível que a equipe de SF realize palestras que podem ser, durante a espera das mães pelo atendimento com o médico, dentro da UBS, em grupos operativos e durante as visitas domiciliares pelas ACSs. Elas devem receber as orientações para higienizar adequadamente a boca dos recém-nascidos, além de saber da importância da dentição de leite para as crianças, com acompanhamento e exame nos bebês durante as idas semanais à UBS. O momento após o nascimento dos bebês deixa as mães mais receptivas a orientações, visando evitar sofrimento aos filhos, já que o tratamento de cárie precoce é caro e doloroso.

É importante levar também informações sobre o desenvolvimento da criança, como a transição da amamentação para alimentos sólidos e o uso da chupeta e da mamadeira. Esse trabalho de mudança de mentalidade é fundamental para diminuir a incidência de cárie na primeira infância e colaborar para maior qualidade de vida das crianças e futuros adultos. A missão da equipe é despertar a consciência de que a prevenção modifica a vida dessas crianças. Elas não precisam passar pelo sofrimento de uma intervenção se medidas de higiene e dieta podem ser tomadas. A perda de um dente decíduo antes da época normal leva a danos psicológicos consideráveis, que “refletem a insatisfação do indivíduo consigo mesmo e o sentimento de inferioridade diante das demais crianças” (ALENCAR, 2007, p. 35).

Durante o CEABSF, por ocasião do módulo 4: Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde – Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade – (VASCONCELOS, 2009), tivemos a oportunidade de realizar o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência, o que foi registrado no portfólio e apresentado como pôster (ver Apêndice A), em um dos encontros presenciais. Àquela época apontamos como um dos principais problemas a alta incidência de cárie em crianças de dois a seis anos. Este problema foi selecionado pela nossa equipe como de grande importância e necessidade de

intervenção, em resposta à atividade proposta “Diagnóstico Situacional em Saúde”, no módulo Planejamento e avaliação das ações de saúde (CARDOSO, 2008)

A equipe fez uma síntese do Diagnóstico Situacional do PSF São João I, pois, conforme a afirmativa de Cardoso, nesse módulo:

[...] a realização do diagnóstico situacional de sua área é fundamental para o processo de planejamento. Se não tivermos um bom diagnóstico de nossa realidade, provavelmente teremos problemas para definir quais intervenções serão necessárias para o enfrentamento dos problemas que temos pela frente. (CARDOSO, 2008, p. 47)

Por meio da Estimativa Rápida identificamos necessidades e problemas da comunidade, e selecionamos os que causam maior discrepância entre a situação real e a situação ideal desejada; e também que impedem os atores sociais de alcançarem seus objetivos. (ver APENDICE B). Conhecemos também as causas e consequências destes problemas, e por isso decidimos priorizar dois problemas: um mais relacionado à área médica e outro relacionado à área odontológica, pois pudemos perceber que algumas causas básicas são as mesmas para os dois problemas (sociais, ambientais, etc..) e devem ser enfrentadas juntas pela equipe.

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

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

Quadro 1 - Diagnóstico situacional: Programa de Saúde da Família, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais: planilha de priorização de problemas

| Principais problemas | Importância | Urgência* | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|-----------|-----------------------------|---------|
| Gravidez na adolescência | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Índice de cárie aumentado em crianças de dois a seis anos | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Alcoolismo e drogas | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Desemprego | Alta | 5 | Fora | 3 |
| Falta de esgoto | Alta | 4 | Fora | 4 |

Fonte: Planilha elaborada pela equipe do PSF São João I (2009), baseada em dados da ficha A, e informações das ACSs.

* Valores de 1 a 10, sendo 1=menor urgência e 10=maior urgência

Foi elaborado também um quadro descritivo do problema que a equipe elegeu em primeiro lugar definindo os indicadores utilizados e as fontes de informação (Quadro 2).

Para descrição do problema, a equipe do PSF São João I utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados a “**índice de cárie aumentado em crianças de dois a seis anos**” da ação da equipe frente a esse problema (cobertura de primeira consulta, emergências, controle através de retornos programados) e também indicadores (indiretos) da eficácia das ações (emergências, perdas prematuras de dentes decíduos).

Após a descrição e caracterização do problema selecionado pela equipe, o próximo passo foi entendê-lo e explicá-lo melhor. Fizemos um esquema explicativo para entender a gênese do problema através da identificação das suas causas (Figura 1).

Quadro 2 - Descritores do problema “índice de cárie aumentado em crianças de dois a seis anos” (junho2007/ maio 2008) – Programa de Saúde da Família (PSF) São João I, Conselheiro Lafaiete – MG

| Descritores | Valores | Fontes |
|---|----------------|-----------------|
| Crianças de dois a seis anos cadastradas no PSF | 201 | SIAB |
| Famílias cadastradas | 1200 | SIAB |
| Famílias que não tem acesso a água fluoretada (2) | 15 | Dados da equipe |
| Famílias que não possuem instalações sanitárias (2) | 24 | Dados da equipe |
| Crianças examinadas pela equipe odontológica (1) | 108 | Dados da equipe |
| Dentes cariados em 108 crianças (1) | 64 | Dados da equipe |
| Crianças com tratamento completado (1) | 16 | Dados da equipe |
| Crianças que procuraram emergência odontológica por dor (1) | 23 | Dados da equipe |
| Famílias visitadas pela equipe de saúde bucal | 324 | Dados da equipe |
| Famílias onde não havia escova dental para as crianças (1) | 148 | Dados da equipe |

Fonte: Equipe do PSF São João I, 2009

Observações:

(1) Crianças de dois a seis anos.

(2) Levantamento realizado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A cárie dental “é um problema socioeconômico e comportamental que afeta crianças em idade precoce, e que, se não for interceptada no início da infância, poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, conseqüentemente, a qualidade de vida do indivíduo” (GRADELLA, 2007, p. 329). A alta incidência de cárie em crianças de dois a seis anos foi o principal problema selecionado pela nossa equipe de grande importância e necessidade de intervenção da equipe.

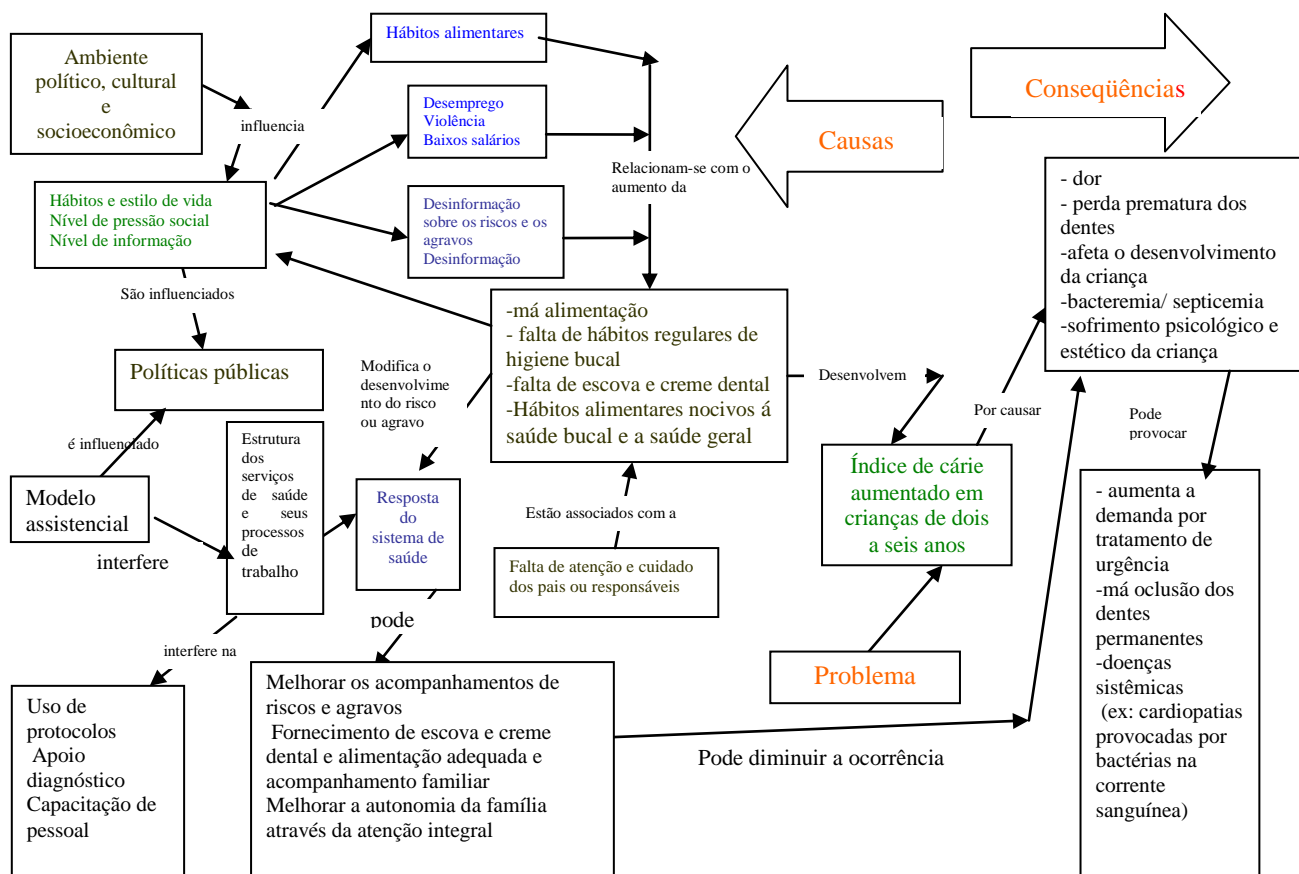


Figura 1 – Esquema explicativo do problema índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos. Equipe de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família São João I, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2008

A epidemiologia das doenças bucais na dentição decídua tem preocupado os pesquisadores do mundo inteiro. Estudos epidemiológicos nacionais e internacionais em crianças de cinco meses a seis anos de idade constataram que o maior problema de saúde bucal nesta faixa etária continua sendo a cárie dental. (Ibidem, p. 330)

Os profissionais da equipe de SF são hoje aqueles com mais condições e mais possibilidades de interagir com a comunidade na perspectiva de mudança do quadro sanitário brasileiro. Considero que os profissionais da Equipe de SF têm responsabilidades e saber específicos de cada profissão ou ocupação, mas há também um campo de responsabilidades e competências comuns a vários profissionais.

Os profissionais que participam de visitas domiciliares, que convivem de perto com as pessoas da comunidade, vão aos poucos se integrando à comunidade que estão atendendo, e essa interação criam, fatalmente, um compromisso de querer melhorar, de

Pessoas que, às vezes, estão à margem da sociedade (muitas vezes injustamente chamados de marginais), por falta de opções, porque não tiveram e não têm quem os escute, ou quem queira, saiba e se interesse em contribuir na transformação dessas pessoas em verdadeiros cidadãos, conscientes de seus direitos e deveres. Possivelmente seja essa uma das principais missões do profissional que queira se integrar à equipe de SF.

A interação da equipe com a comunidade deve ser no sentido de planejar juntos, ações que transformem a realidade do território adscrito – não só do ponto de vista sanitário, mas principalmente que leve em consideração os aspectos culturais, econômico e social. O movimento da Reforma Sanitária, assim como outros eventos importantes vividos pela área da saúde no Brasil, é construído por pessoas que comungam a mesma ideologia, e assim devem ser os profissionais da Estratégia de SF. Devem comungar de uma ideologia que valorize o saber popular, e o direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para decidir com autonomia

Na verdade, o que se observa, entre a maioria dos profissionais de saúde, é que não se sente bem preparados no que se refere a práticas pedagógicas, para uma atuação como educadores. A tendência da maioria é agir como a ACS, que acha ser suficiente transmitir o que o profissional sabe que é “certo”. A equipe de SF reconhece seus limites, mas tem consciência de que, uma equipe de SF, deve fazer os devidos esforços para modificar hábitos e costumes: “**é preciso saber sobre a realidade de cada usuário**”, só assim conseguiremos essa tão sonhada mudança do modelo com foco na doença para um modelo com foco na saúde.

Existe na equipe a consciência de que a nova estratégia exige **mudanças na forma de abordar o usuário**, mostrando que, o ideal é adotarmos práticas pedagógicas dialógicas para facilitar a interação entre educação e saúde. A equipe caminha junto na busca de soluções para os problemas, os profissionais da equipe de SF devem ser sujeitos das práticas educativas, e essa educação tem que ir além da transmissão de conhecimentos, ela tem que capacitar o cidadão para que ele se aproprie do saber produzido historicamente. Para se ter uma idéia da dimensão do problema,

Foram obtidos os indicadores, que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados ao

índice de cárie aumentado em crianças (dentes cariados por grupo de crianças, número de crianças atendidas na emergência, famílias onde não havia escova dental) e também indicadores que podem dar uma idéia da efetividade das ações (crianças cadastradas *versus* crianças com tratamento completado).

Supondo que a melhoria dos indicadores de saúde da região virá acompanhada de uma melhora das condições de saúde geral e de saúde bucal da população na faixa etária de dois a seis anos, foi criada uma planilha de acompanhamento para que possa ser avaliada, em meses, a melhoria ou não dos indicadores de saúde da região – apresentada no Quadro 3.

A cárie dental “é um problema socioeconômico e comportamental que afeta crianças em idade precoce, e que, se não for interceptada no início da infância, poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, conseqüentemente, a qualidade de vida do indivíduo” (GRADELLA, 2007, p. 329). A alta incidência de cárie em crianças de dois a seis anos foi o principal problema selecionado pela nossa equipe de grande importância e necessidade de intervenção da equipe.

Quadro 3 - Índice de cárie aumentado em crianças de dois a seis anos. Planilha de acompanhamento de melhora das condições de Saúde Bucal

| Indicadores | Momento atual (jan. 2009) | | Em 6 meses | | Em 1 ano | |
|---|------------------------------|---|------------|---|----------|---|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| Crianças de 2 a 6 anos cadastradas no PSF | 245 | | | | | |
| Famílias cadastradas | 1.200 | | | | | |
| Famílias que não tem acesso a água fluoretada | 250 | | | | | |
| Famílias que não possuem instalações sanitárias | 50 | | | | | |
| Crianças examinadas pela equipe odontológica | 108 | | | | | |
| Dentes cariados para 108 crianças examinadas | 27 | | | | | |
| Crianças com tratamento completado | 10 | | | | | |
| Crianças que procuraram a emergência odontológica por dor | 20 | | | | | |
| Famílias visitadas pela equipe de saúde bucal | 120 | | | | | |
| Famílias em que não havia escova dental para as crianças | 50 | | | | | |

Seção 3

Proposta de intervenção para a atuação profissional

A criação de vínculo e co-responsabilidade entre a equipe do PSF São João I a comunidade da área de abrangência é essencial para que a equipe atinja os objetivos propostos de promoção de saúde e melhoria de qualidade de vida da população; Entretanto, a falta de freqüência e comprometimento, por parte de gestantes e crianças, às atividades educativas, e a descontinuidade do tratamento tem sido muito alta. A perspectiva é que com uma proposta de intervenção que inclua informação e acolhimento haja diminuição de resistência ao tratamento odontológico entre as gestantes e crianças, o que, por falta de informação e preconceito tem agravado seus problemas de saúde bucal.

3.1- Plano de intervenção: aspectos básicos

Em prosseguimento a esse trabalho, passamos a propor uma avaliação dos principais problemas socioeconômicos, ambientais, da importância do acolhimento e visitas domiciliares e de todos os aspectos básicos que devem ser considerados e avaliados para que essa proposta de intervenção possa ser de utilidade para a atuação da equipe na solução do problema apresentado.

Para o plano de intervenção vamos considerar os aspectos básicos, relativos a quatro vertentes: hábitos alimentares, nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde da família

Hábitos alimentares

A influência dos carboidratos, especialmente dos açúcares, no processo de cárie tem sido demonstrada através de inúmeras observações e vários pesquisadores concluíram que:

O açúcar exerce um fator local sobre a superfície dos dentes na etiologia da cárie.

A freqüência no consumo da sacarose é um fator primordial na atividade de cárie.

A forma física (o potencial retentivo) dos doces é crítica.

Existe uma relação linear entre o número de “petiscos” entre as refeições principais e o aumento de índice de cárie. (GUEDES-PINTO, 1990, p.557)

O açúcar está ente os alimentos mais consumidos pela população brasileira e como:

[...] maior produtor mundial de açúcar desde o século XVI o Brasil teve, em todo esse período, papel central na transformação do açúcar de cana em produto de amplo consumo de massa em escala planetária. Tal padrão de consumo está na base da transformação da cárie dentária em pandemia. Na maioria dos países, mesmo os desenvolvidos, o século XX começou com a cárie dentária atingindo significativamente vastos contingentes populacionais. (Narvai, 2000)

Os pesquisadores ainda observaram que:

Populações de territórios onde o açúcar de cana não fazia parte dos hábitos alimentares, como os aborígenes australianos, da Nova Zelândia e da Ilha de Tristão da Cunha, apresentavam baixa prevalência de cárie. A introdução de produtos açucarados alterou significativamente esse quadro, equiparando-o ao dos demais países ocidentais (Ibidem)

Para as populações de baixa renda, realmente ainda é muito difícil a substituição do açúcar. O que observamos, inclusive na merenda das escolas, é uma alimentação muito rica em carboidratos e açúcares, pois, na verdade, “o açúcar permanece sendo a melhor alternativa para o aporte de alimentos calóricos nos países pouco desenvolvidos e nas populações de baixa renda, para os quais inexitem outros produtos com as mesmas características energéticas e que sejam acessíveis quanto ao preço”. (PINTO, 1990, p. 336)

Nível de informação

A educação em saúde bucal é um processo que varia de acordo com o indivíduo ou população a ser atingida, e “o contato pessoal freqüente entre os membros da equipe de saúde e o indivíduo e sua comunidade é a maneira mais eficaz de ter sucesso em ESB”. (PINTO, 1990, p.273).

A interação da equipe com a comunidade deve ser no sentido de planejar juntos, ações que transformem a realidade do território adscrito – não só do ponto de vista sanitário, mas principalmente que leve em consideração os aspectos culturais, econômico e social. O movimento da Reforma Sanitária, assim como outros eventos importantes vividos pela área da saúde no Brasil, é construído por pessoas que comungam a mesma ideologia, e assim devem ser os profissionais da ESF. Devem comungar de uma ideologia que valorize o saber popular, e o direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para decidir com autonomia

Através da observação das crianças de dois a seis anos nas campanhas de vacinação, nas creches, escolas, e visitas domiciliares, a equipe chegou á conclusão da “necessidade e importância de oferecer informações aos pais, porque toda pessoa que adquire bons hábitos dietéticos e de higiene desde cedo, terá mais possibilidade de gozar de uma ótima saúde futura”. (GUEDES-PINTO, 1990, p558)

Quando for observado que a criança já apresenta cáries a conduta deverá ser de:

[...] estabelecer, junto com a criança e os pais, um programa de prevenção e o levantamento dietético, pois, é uma medida não só capaz de prover informações relativas aos hábitos alimentares, e podemos correlacioná-los com as caries, como também de revelar as deficiências no consumo de nutrientes refletidas até em níveis de subnutrição (GUEDES-PINTO, 1990, p. 559)

A noção de vínculo e acolhimento é muito importante por parte da equipe, pois é importante reconhecer que é fundamental a participação dos pais na prevenção da cárie dentária. Durante a anamnese e visitas domiciliares verificamos o conhecimento e percepção que as mães têm sobre a higiene bucal de seus bebês. Na anamnese da primeira consulta das crianças, e em conversas durante as visitas domiciliares observa-se que muitos pais acreditam que a cárie nos primeiros dentes é algo natural, uma fatalidade, provocando um quadro de cárie estabelecida antes mesmo dos três anos de idade. Outro agravante é que por muitos anos houve uma carência no sistema público para atender esta faixa etária (dois a seis anos).

Diante desses equívocos, é imprescindível que a equipe de SF realize palestras que podem ser, durante a espera das mães pelo atendimento com o médico, dentro da UBS, em grupos operativos e durante as visitas domiciliares pelas ACSs. Elas devem receber as orientações para higienizar adequadamente a boca dos recém-nascidos, além de saber da importância da dentição de leite para as crianças, com acompanhamento e exame nos bebês durante as idas semanais á UBS. O momento após o nascimento dos bebês deixa as mães mais receptivas a orientações, visando evitar sofrimento aos filhos, já que o tratamento de cárie precoce é caro e doloroso.

É importante levar também informações sobre o desenvolvimento da criança, como a transição da amamentação para alimentos sólidos e o uso da chupeta e da mamadeira. Esse trabalho de mudança de mentalidade é fundamental:

[...] para diminuir a incidência de cárie na primeira infância e colaborar para maior qualidade de vida das crianças e futuros adultos. A missão da equipe é despertar a consciência de que a prevenção modifica a vida dessas crianças. Elas não precisam passar pelo sofrimento de uma intervenção se medidas de higiene e dieta podem ser tomadas. A perda de um dente decíduo antes da época normal leva a danos psicológicos consideráveis, que refletem a insatisfação do indivíduo consigo mesmo e o sentimento de inferioridade diante das demais crianças. (ALENCAR, 2007, p. 35).

Na verdade, o que podemos observar, entre os profissionais de saúde, é que a maioria não se sente bem preparada no que se refere a práticas pedagógicas como os profissionais da educação. A tendência da maioria é agir de forma antiquada, achando ser suficiente transmitir o que o profissional sabe que é “certo”. A ESF reconhece seus limites, mas tem consciência de que, uma equipe de PSF, deve fazer os devidos esforços para modificar hábitos e costumes: “é preciso saber sobre a realidade de cada usuário”, só assim conseguiremos essa tão sonhada mudança do modelo com foco na doença para um modelo com foco na saúde.

Estrutura do serviço

Durante anos, foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no país e o SUS sofreu inegáveis transformações:

[...] Tendo em vista a redução da disparidade existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade concreta de oferta de ações de serviços públicos à população brasileira, foram definidas, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. (ARAÚJO, 2006, p.220)

A inserção do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família,

[...] deve ser precedida de uma discussão sobre a maneira como esse profissional deverá atuar na atenção básica, e sobre as dificuldades em trabalhar com uma equipe de saúde. Os profissionais devem estar qualificados para desenvolver suas funções dentro da equipe, pois se continuar o trabalho tradicionalmente não contribuirá para melhorar as condições de saúde bucal da população. Os procedimentos clínicos que fazem parte do elenco de atos da produção de saúde bucal da atenção

básica, preconizadas pelo Ministério da Saúde, e que o CD deverá executar são, basicamente, restaurações, periodontia básica, extrações, profilaxia e aplicação tópica de flúor em consultório. A educação para a saúde também faz parte dos programas de saúde pública. Na prática, no entanto, muitos profissionais agem como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local. Portanto, apesar do esforço realizado, não será obtido o impacto esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado. (Ibidem, p.221)

Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, “não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro.” (Ibidem, p. 223).

Na esfera do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de SF, portanto:

[...] espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos. (Ibidem)

Processo de trabalho

Buscar a melhor forma de realizar um trabalho deve ser o desafio constante da equipe de SF e, quando falamos em processo de trabalho, “estamos falando necessariamente, dos objetivos do trabalho, dos sujeitos que atuam do objeto da ação e dos meios disponíveis e utilizados na execução da ação” (FARIA 2008, P59).

Particularmente em Odontologia:

[...] não basta educar bem e democraticamente; tornando-se necessário também fazer o possível para resolver os problemas de cada comunidade ou para que ela crie as condições para que os seus problemas sejam resolvidos. É verdade que os recursos disponíveis não sejam suficientes para tratar a todos, mas igualmente é verdade que uma comunidade organizada tem maiores possibilidades de conseguir um a Unidade de Saúde e depois fazer com que ela funcione adequadamente do que um a dispersa onde cada qual “viva por si”. (PINTO, 1990, p.236)

Os profissionais do PSF, por terem a família como unidade programática de ações e cuidados, devem procurar a construção de atitudes de solidariedade e compreensão, para ajudar a prevenir e tratar os problemas mais frequentes da comunidade como, por exemplo, as consequências que o consumo de substâncias como drogas e álcool acarreta na família e na comunidade. A estratégia de SF deve ter capacidade de estabelecer parcerias com outras organizações que atuam na comunidade, e que podem ser recursos fundamentais para o enfrentamento dos problemas da comunidade.

Segundo Faria (2008)

[...] A busca por resultados diferentes no trabalho leva, necessariamente, à necessidade de uma mudança na forma de trabalhar. Essa mudança implica a valorização da comunicação e dos espaços de participação/negociação e a construção de parcerias, o uso adequado de protocolos, uma boa gestão das informações, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções, a organização da agenda, trabalhando com a tecnologia que a equipe dispõe, usando-as de maneira mais eficiente e eficaz. (p.62)

A equipe deve ter consciência de que a nova estratégia exige “**mudar a forma de abordar o usuário**” mostrando que o ideal é adotarmos práticas pedagógicas dialógicas para facilitar a interação entre educação e saúde. A equipe caminha junto na busca de soluções para os problemas, os profissionais da equipe de SF devem ser sujeitos das práticas educativas, e essa educação tem que ir além da transmissão de conhecimentos, ela tem que capacitar o cidadão para que ele se aproprie do saber produzido historicamente.

Como citado por Freire em Pedagogia da Autonomia:

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar; mas é escutando que aprendemos a falar com eles. (FREIRE, 1996, p. 113)

Precisamos realmente saber quais os conhecimentos, a visão que o usuário tem sobre seu problema, sua forma de se cuidar, seu quadro socioeconômico e cultural, para então, estabelecer a melhor estratégia de ação, que deve estar voltada para a participação ativa. Abordando o problema com temas e de maneira que realmente interessem e sejam válidos ao usuário, conseguiremos despertar seu interesse e participação na busca de conhecimento e no desejo de mudar seu comportamento, tornando-os assim, co-responsáveis por sua saúde. Desta forma estaremos de fato promovendo a troca de conhecimentos e a transformação desejada, com melhoria da qualidade de vida da comunidade.

É uma realidade que a maioria dos profissionais da saúde utiliza sempre a mesma concepção pedagógica, entretanto o processo ensino-aprendizagem é muito complexo, e provoca conflitos até mesmo entre os membros da equipe de saúde. Se queremos mudança nos hábitos de vida das pessoas é preciso que haja em primeiro lugar uma grande integração entre equipe e comunidade, e essa integração só será conseguida através do acolhimento, das visitas domiciliares, do conhecimento e até mesmo amizade com as famílias dos usuários. É uma questão muito sutil mudar os hábitos de vida das pessoas. Primeiro é necessário que haja confiança, para depois haver o comprometimento.

A Pedagogia Nova, por exemplo, onde o aprendiz deve ter participação ativa, é muito usada na odontologia: são as escovações dentais supervisionadas, onde através do revelador de placa, o usuário realmente vê a placa bacteriana e assim entende a necessidade da sua remoção. Para certa faixa etária (crianças acima de sete anos) tem um bom efeito pedagógico, mas não tem tanto efeito em crianças pequenas, por exemplo. Verificamos, então, que as práticas pedagógicas devem ser diversificadas, construtivas e criativas.

A busca dos profissionais da equipe de SF é de como fazer intervenções e avaliações adequadas diante da complexidade do cotidiano no setor da saúde. A resposta para esta questão está justamente na interação SAUDE+ EDUCAÇÃO, tão necessária para que a equipe produza ações voltadas para a qualidade de vida da população. Mas, é necessário

que os profissionais tenham atitude, reconhecendo seus limites e buscando o conhecimento, assim, gradativamente as equipes irão vencendo o desafio.

Nas atividades de educação em saúde, a atuação dos ACS pode, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde. Ainda, sua atuação pode: elevar o domínio sobre informações e conhecimentos de saúde pela população; contribuir para aumentar suas habilidades no controle de determinantes de saúde; ajudar a equipe de saúde bucal na identificação das famílias mais vulneráveis que necessitam de ações mais específicas e melhorar o acesso e a utilização dos serviços básicos de saúde para evitar a assistência odontológica tardia e reduzir a necessidade da consulta de urgência. (FRAZÃO, 2006).

As observações documentadas neste estudo mostraram uma dimensão do papel de agente de mudança desempenhado pelos ACS. Esse papel pode estar relacionado ao:

[...] conjunto de alterações que estão se processando na dinâmica social que envolve a atuação deste tipo de pessoal, caracterizada por um agir que se estabelece mediante a conversa, favorecendo o estreitamento de vínculos – mediado pela confiança, responsabilidade, respeito e compromisso – contexto no qual a superação de antigas crenças e a assimilação de novos valores pode ser alcançada. Nas atividades de educação em saúde, admite-se que sua atuação possa, por meio da transmissão de informações e conhecimentos, contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde. (FRAZÃO, 2006, p.143).

A equipe da estratégia de SF deve estar comprometida com a produção de saúde em todas as suas dimensões: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover. O acolhimento deve ser entendido como uma postura prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços contribuindo para a promoção de uma cultura de solidariedade legitimando o sistema público de saúde.

O acolhimento, no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético-estética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escutas, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilidade e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006). Portanto, faz parte do acolhimento, a escuta qualificada ao usuário, a criação de vínculo, que irá fazer com que a população se sinta co-responsável pelos cuidados com a sua saúde.

Os profissionais da estratégia de SF são hoje aqueles com mais condições e mais possibilidades de interagir com a comunidade na perspectiva de mudança do quadro sanitário brasileiro. Considera-se que os profissionais da equipe SF têm responsabilidades e saber específicos de cada profissão ou ocupação, mas há também um campo de responsabilidades e competências comuns a vários profissionais. Os profissionais que participam de visitas domiciliares, que convivem de perto com as pessoas da comunidade, vão aos poucos se integrando á comunidade que estão atendendo, e essa interação cria fatalmente um compromisso de querer melhorar, de querer ajudar, de ver as pessoas exercendo a sua cidadania. Pessoas que, ás vezes estão á margem da sociedade (muitas vezes injustamente chamados de marginais), por falta de opções, porque não tiveram e não tem quem os escute, quem queira, saiba, e se interesse por transformar essas pessoas em verdadeiros cidadãos, conscientes de seus direitos e deveres. Esta de ser a principal missão do profissional que quer se integrar a equipe de SF.

3.2 - Plano de intervenção: aspectos operacionais

Na parte anterior, contratou-se que os determinantes psicossociais têm relevante importância sobre a saúde da população, o alcoolismo, as drogas, a falta de segurança, o balanço negativo entre o esforço e a recompensa no trabalho, frustração, tem criado emoções negativas na comunidade aumentando o índice de depressão, doenças cardíacas e várias outras ligadas a fatores emocionais.

Tem sido dada atenção especial ao planejamento familiar, como um determinante de condições de saúde, através de palestras e visitas de reconhecimento constantes às mulheres, e gestantes, pois as famílias da região são muito numerosas. Drogas, alcoolismo e prostituição, são questões sociais que tem que ser trabalhadas dentro do PSF, discutindo as condições objetivas da vida material desta comunidade que impede ou dificulta as pessoas tomarem decisões saudáveis

Frente a todos esses determinantes e condicionantes de saúde, nossa equipe se posiciona procurando a eficiência através de esforços organizados da equipe e comunidade, organização da assistência médica /odontológica e prevenção, lutar para o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção de sua saúde. Procuramos trabalhar o social, o dia-a-dia, a estrutura da família.

A partir da descrição e reconhecimento do município, da comunidade/ área de abrangência da equipe de SF, foi feita uma análise para o planejamento das atividades profissionais da

equipe. Foi observado que a baixa escolaridade, e a falta de saneamento, são determinantes de saúde, muito presentes na região atendida pelo PSF São João I, que é uma área de risco na cidade, tanto risco social, quanto ambiental. Portanto o planejamento da equipe inclui visitas domiciliares de reconhecimento das condições sociais, espaciais e econômicas das famílias. Foram identificadas as áreas de risco à saúde, executado o levantamento de atividades de doenças, o indivíduo foi observado dentro de seu contexto familiar. O objeto da atenção dentro do PSF passa a ser a família, a partir do espaço em que ela vive, ou seja, o domicílio.

Os objetivos no processo de trabalho de nossa equipe foram definidos a partir da territorialização e reuniões constantes da equipe, avaliando as necessidades da população, pois a eficiência do trabalho depende da forma como ele é planejado e executado, portanto procuramos sempre, a melhor forma de trabalhar e produzir. Esse desafio temos buscado enfrentar, através de constantes reuniões, debates e aproximação com a comunidade para troca de informações e aceitação da nossa equipe.

A comunicação é um conceito fundamental em promoção da saúde, e educação para a saúde, por ser essencial para que as pessoas possam tomar decisões conscientes. Através da comunicação entre os membros da equipe, avaliamos constantemente nossas ações, e se ela tem realmente possibilidade de ajudar na melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

Para o planejamento de ações educativas, são procuradas parcerias e recursos constantemente, na comunidade, e junto aos gestores de saúde, para que sejam alcançados os objetivos da ESF. Tem sido utilizado o recurso de inserir palestras, e atividades educativas, dentro de projetos executados pela assistência social, como: EJA (educação para jovens e adultos), agente jovem, oficinas de artesanato e outros grupos que existem na comunidade.

As finalidades e objetivos do processo de trabalho da equipe tem sido satisfazer as necessidade e expectativas dos indivíduos conforme sua organização social neste momento atual (por ex.: mudar de pessoa doente para pessoa saudável/ mudar o comportamento da pessoa a respeito de sua saúde/ mudar o comportamento da comunidade a respeito do meio ambiente). Como prestadores de serviço observamos que o acolhimento, e a comunicação franca, e aberta a escutar o outro, são recursos indispensáveis para desenvolvermos uma relação de confiança e de cooperação/parceria com os indivíduos. (VASCONCELOS, 2009)

A equipe busca identificar, esclarecer e interpretar as situações sociais, ou impedimentos emocionais, que são determinantes e condicionantes do impedimento do indivíduo. Determinantes psicossociais, como falta de segurança, frustrações na vida pessoal, e no trabalho, e o efeito das condições sociais sobre as emoções, no curso da vida, interferem drasticamente no nosso trabalho, na medida em que interfere na qualidade e caráter das interações sociais, e esses têm sido os maiores desafios da ESF. O aconselhamento pessoal como meio para promover a saúde tem mostrado ser uma adequada estratégia para aumentar a informação sobre as causas de doenças, e aí os indivíduos são encorajados a refletir e mudar seu estilo de vida.

A mudança de comportamento é a mais difícil tarefa do PSF, pois significa arrancar os costumes e comportamentos rurais de um povo, que há pouco tempo morava em sítio, e na cidade foi confinado ao cimento ao pouco espaço, ao controle do lixo, do consumo de água e energia elétrica. Portanto, estamos sempre considerando as circunstâncias de vida das famílias, pois senão, a culpa recai sobre o indivíduo, que na verdade pode ser a vítima de um sistema injusto, e não o culpado por não adotar hábitos de vida saudáveis. É preciso assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado a manutenção de sua saúde. Mudando as condições sociais de vida da população (habitação, nutrição e trabalho), melhoram os problemas de saúde.

Ao observarmos que os maiores determinantes da saúde são sociais, concluímos que deve haver políticas de saúde que englobe esses determinantes, como: políticas promocionais, centros de especialidades e acesso a recuperação. Nas reuniões da equipe está sempre em pauta, a falta de incentivos e recursos para a promoção da saúde, mas não consideramos nossas metas irrealistas, pois elas podem ser alcançadas dependendo da discussão, participação e negociação entre profissionais, gestores e a população. (FARIA, 2008)

Conforme visto na parte anterior a polarização da cárie dentária, fenômeno onde a prevalência da patologia acomete, com maior frequência, grupos sociais menos favorecidos sócio-economicamente, fortaleceu mais intensamente as preocupações no controle e prevenção da cárie na UBS onde atua nossa equipe, por ser uma área muito carente da cidade, bem como as repercussões da cárie dentária na vida do paciente infantil

A partir da explicação do problema é que será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal (CARDOSO F., 2009)

A equipe de saúde bucal selecionou os seguintes nós críticos, que são situações relacionadas com o problema principal que a equipe tem alguma potencialidade de ações direta:

- Hábitos alimentares
- Nível de informação
- Estrutura dos serviços de saúde
- Processo de trabalho da equipe de saúde da família

Os problemas principais selecionados pela equipe de saúde bucal e pela equipe de enfermagem se relacionam, e os projetos serão desenvolvidos em conjunto. As situações relacionadas com os problemas principais são as mesmas, ou similares, e a equipe de saúde bucal tem maior possibilidade de ação direta sobre alguns determinantes, e a equipe de enfermagem sobre outros. Os projetos serão desenvolvidos em conjunto, pois integram a saúde da gestante/ adolescente, do recém-nascido e da criança. (Foi realizado um plano, registrado em planilhas (Quadro 4 – A, B, C e D), 5 e 6), definindo as operações necessárias para a solução dos “nós críticos” selecionados, assim como os produtos e resultados esperados, os recursos e responsabilidades para a concretização das operações.

Quadro 4 A – Ações necessárias para plano de intervenção em Saúde Bucal – equipe de Saúde da Família São João I, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2009: hábitos alimentares

| Nó crítico | Operação/ projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|---------------------|---|---|---|---|
| Hábitos alimentares | Alimentação saudável Modificar hábitos alimentares das crianças (sensibilização de pais e responsáveis) | Diminuição do consumo de açúcar e guloseimas e melhoria da alimentação infantil, sensibilizando pais e responsáveis | Programa de horta caseira. Programa de horta no PSF e CRAS. Programa “A alimentação saudável da gestação à 1ª infância” | Organizacional para organizar as hortas Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: articulação com a escola e CRAS, mobilização social |

Quadro 4 B – Ações necessárias para solução de nós críticos para plano de intervenção em Saúde Bucal – equipe de Saúde da Família São João I, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2009: nível de informação

| Nó crítico | Operação/ projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|------------------------|--|---|---|--|
| Nível de informação | Criança saudável Aumentar o nível de in- formação da população sobre a im- portância dos cuidados com a saúde bucal | População mais informada sobre saúde bucal. Aumento da utilização de frutas, verduras e sucos naturais na dieta de ges- tantes e crianças | Avaliação do nível de informação da população sobre a im- portância dos cuidados com a higiene bucal. Programa saúde bucal na escola. Capacitação dos ACSS e monitores de creche. | Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas. Organizacional: organização da agenda Político: articulação com a escola, creche, CRAS e mobilização social |
| | Realizar trabalho de acompa- nhamento e informação junto às gestantes | Aumento do acompanhamento odontológico de crianças e gestantes | | |

Quadro 4 C – Ações necessárias para plano de intervenção em Saúde Bucal – equipe de Saúde da Família São João I, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2009: estrutura dos serviços de saúde

| Nó crítico | Operação/projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|---------------------------------|--|--|---|---|
| Estrutura dos serviços de saúde | Sorriso Sadio Melhorar a estrutura do serviço para reduzir o nº de cáries na gestante e na criança | Oferta aumentada de escovas, creme e fio dental. Diminuição do índice de cáries na dentição decídua e, conseqüentemente, no adolescente e no adulto | Compra de kits de higiene bucal com regularidade para uma oferta constante. Capacitação de pessoal | Político: decisão de aumentar os recursos. Financeiro: aumento da oferta de kits odontológicos |

Quadro 4 D – Ações necessárias para solução de nós críticos: processo de trabalho para plano de intervenção em Saúde Bucal – equipe de Saúde da Família São João I, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2009: processo de trabalho

| Nó crítico | Operação/projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|---|--|---|---|---|
| Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema | Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado em saúde bucal para a criança, avaliando a nutrição e saúde geral. | Cobertura de 80% da população de crianças de dois a seis anos | Linha de cuidado para saúde infantil Protocolos implantados Recursos humanos capacitados. | Cognitivo: elaboração de projetos da linha de cuidado e protocolos. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: adequação de fluxos. |

O processo de transformação da realidade sempre consome algum tipo de recurso. A dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas. A identificação dos recursos críticos será fundamental para analisar a viabilidade do plano.

A partir da planilha (Quadro 4 A, B, C, D) identificamos os recursos críticos de cada operação e resumimos em outra planilha (Quadro 5).

Para efetuar a análise da viabilidade do plano, a equipe elaborou um quadro com as operações estratégicas a serem desenvolvidas para viabilizar os recursos críticos necessários para o desenvolvimento de suas operações (Quadro 6).

Quadro 5 - Operações e projetos para resolução de nós críticos: identificação dos recursos críticos para plano de intervenção em Saúde Bucal – equipe de Saúde da Família São João I, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2009. Identificação dos recursos críticos

| Operação/ Projeto | Recursos críticos |
|---------------------------------|---|
| Alimentação saudável | <ul style="list-style-type: none"> • Político: conseguir mudanças na merenda escolar e da creche, apoio de nutricionista, e cestas básicas para as famílias • Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos, recursos para implantar horta |
| Criança saudável | <ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: mobilização social para o cuidado com a criança e gestante, e aumento do nº de vagas na creche • Político: articulação intersetorial e aprovação do projeto • Financeiros: financiamento dos projetos |
| Sorriso sadio | <ul style="list-style-type: none"> • Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços (inclusive recursos humanos, como nutricionista e funcionários para as hortas) • Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (com oferta constante de kits para higiene bucal) |
| Linha de cuidado | <ul style="list-style-type: none"> • Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais |

Quadro 6 - Projetos, recursos e ações estratégicas para um plano de intervenção em Saúde Bucal – equipe de Saúde da Família São João I, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2009

| Operações/ Projetos | Recursos críticos | Controle dos Recursos críticos | | Operações estratégicas |
|--|---|---|---|---|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Alimentação saudável (modificar hábitos alimentares das crianças) | Político: mudanças na merenda escolar e da creche, apoio de nutricionista, cestas básicas para as famílias Financeiro: financiamento de projetos, folhetos educativos. | Associação de bairro Secretaria de Educação, de Saúde, Ação Social, Planejamento, sociedade civil ONGs Ministério da Ação Social | Favorável Favorável Favorável | Apresentar o projeto Apoio das associações |
| Criança saudável (melhorar o nível de informação sobre a importância da saúde bucal desde a infância) | Político: articulação intersetorial e aprovação do projeto Financeiro: financiamento dos projetos | Secretaria de Saúde Secretaria de Educação | Favorável Favorável | Apresentar o projeto de estruturação da rede |
| Sorriso sadio (melhorar a estrutura do serviço de saúde no cuidado com a criança) | Político: aumentar recursos para estruturar os serviços Financeiro: recursos necessários para financiar os projetos, recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. | Secretaria de Saúde Secretaria Municipal de Saúde | Favorável Favorável | Apresentar o projeto Estruturar o serviço |
| Linha de cuidado (implantar a linha de cuidado em saúde bucal para a criança avaliando a nutrição e saúde geral) | Político: aumentar os recursos para estruturar os serviços Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e custeio | Prefeitura Municipal Secretaria Municipal de Saúde | Favorável Favorável | |

O próximo passo é a elaboração do plano operativo. Este plano operativo do planejamento tem a intenção de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das mesmas. A equipe do PSF São João I, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por cada operação e os prazos para a realização de cada produto conforme os Quadros 7A e 7B.

Quadro 7 A– Plano operativo do planejamento: responsáveis e prazos

| Operações | Resultados | Produtos | Operações estratégicas | Responsável | Prazo |
|---|--|---|---|----------------------|--|
| <p><u>Alimentação saudável</u></p> <p>Modificar hábitos alimentares das crianças (sensibilizar pais e responsáveis)</p> | <p>Diminuição do consumo de açúcar e glicoseimas</p> <p>Melhoria da alimentação infantil</p> <p>Sensibilização dos pais e responsáveis</p> | <p>Programa de horta caseira</p> <p>Programa de horta no PSF e CRAS</p> <p>Programa a "alimentação saudável da gestação à 1ª infância"</p> | | <p>ACS1 e ACS2</p> | <p>Três meses para o início das atividades</p> |
| <p><u>Criança saudável</u></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal</p> <p>Efetuar trabalho de acompanhamento e informação junto às gestantes</p> | <p>População mais informada sobre saúde bucal</p> <p>Aumento da utilização de frutas, verduras e sucos naturais na dieta de gestantes e crianças</p> <p>Aumento do acompanhamento odontológico de crianças e gestantes</p> | <p>Avaliação do nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a higiene bucal</p> <p>Programa saúde bucal na escola</p> <p>Capacitação dos ACSs e monitores de creche</p> | <p>Apresentar o projeto</p> <p>Apoio das instituições</p> | <p>o ACS3 e ACS1</p> | <p>Início das atividades em dois meses e término em seis meses</p> |

Quadro 7B – Plano operativo do planeamento: responsáveis e prazos

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------------------|---|
| <p><u>Sorriso Sadio</u></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para reduzir o nº de cáries na gestante e na criança</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Oferta aumentada de escovas, creme e fio dental • Diminuição do índice de cáries na dentição decídua e conseqüentemente, no adolescente e no adulto | <ul style="list-style-type: none"> • Compra de kits de higiene bucal com regularidade para uma oferta constante • Capacitação de pessoal | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto • Estruturar a rede | <p>ACS4 e ACS5</p> | <p>Início das atividades em dois meses</p> |
| <p><u>Linha de cuidado</u></p> <p>Implantar a linha de cuidado em saúde bucal para a criança avaliando a nutrição e saúde geral</p> | <p>Cobertura de 80% da população de crianças de dois a seis anos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Linha de cuidado para saúde infantil • Protocolos implantados. • Recursos humanos capacitados | | <p>ACS6 e ACS4</p> | <p>Início em três meses e finalização em 12 meses</p> |

Considerações finais

Com base nas avaliações, reflexões e proposições relatadas nesse trabalho, apresentamos as seguintes considerações complementares:

1. O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) proporcionou aos profissionais uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) e forneceu elementos para a correção de rumo na organização do processo de trabalho da equipe. Com a conclusão do curso estamos mais preparados para contribuir para a consolidação de uma mudança real do modelo assistencial em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O CEABSF mostra que a educação permanente deve ser compreendida como aprendizagem no trabalho, incorporada pela experiência, processo em que aprender e ensinar se relacionam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A transformação dos profissionais deve se basear na reflexão crítica sobre práticas nos serviços prestados à população, em suas necessidades reais, da gestão e nas demandas do controle social em saúde, transformando as práticas profissionais e organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho. A identificação dos problemas no contexto da sociedade e seus nós críticos, irá propiciar a elaboração de estratégias mais efetivas para enfrentar problemas na consolidação do SUS no campo de atenção, gestão, formação e controle social.

2. Esse estudo visou propiciar uma reflexão para que seja encontrado um caminho para a solução do problema de alto índice de cárie e da demanda por urgência e emergência entre crianças de dois a seis anos na área de abrangência do PSF São João I. Um dos caminhos apontados é a informação e acolhimento, com o que deverá haver diminuição de resistência e abandono ao tratamento odontológico entre as gestantes e crianças, o que, por falta de informação e preconceito, tem agravado seus problemas de saúde bucal.

3. O controle e prevenção da cárie dentária é um desafio constante para pesquisadores em todo o mundo. Apesar de a adoção de medidas preventivas democráticas de controle de a cárie dentária ter permitido uma melhora substancial na saúde bucal de diferentes grupos sociais, uma significativa parcela da população, na qual se inclui a população adscrita à equipe de Saúde da Família São João I, ainda sofre de problemas odontológicos básicos. O que aponta para a necessidade permanente da melhora do serviço e da integralidade da atenção.

4. Faz-se necessária a realização de uma atuação conjunta entre o setor de Odontologia e a Unidade de Pediatria, as secretarias de educação e assistência social, proporcionando um melhor atendimento ao paciente infantil. Assim, a equipe multidisciplinar teria maior capacidade de enfrentamento que possibilitasse a solução dos principais problemas de saúde da população infantil, levando a uma melhoria da qualidade de vida dessas crianças.

5. Estratégias de promoção de saúde mais adequadas à realidade das crianças, moradoras de áreas carentes, são necessárias para se obter uma redução mais significativa no índice de cárie dentária. O acesso à água fluoretada e aos *Kits* com escova, fio dental e dentífrico fluoretado, bem como programas educativos que diminuam o consumo de açúcar, visando uma dieta alimentar mais saudável e a criação de ambientes suportivos direcionados à população com menos de seis anos de idade, deveriam ser implementados por intermédio de políticas públicas de saúde.

Referências

ALENCAR, C.R.B. *et al.* Perda precoce de dentes decíduos: etiologia, epidemiologia e conseqüências ortodônticas. *Revista de Ciências Biológicas em Saúde*, Ponta Grossa, v. 13 n. 1-2, p. 29-37, 2007. Disponível em:

<<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/447/448>>. Acesso em: 10 jun. 2009

1. ARAÚJO Y. P. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte, *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, p.219-227, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29467.pdf>>, Acesso em 20 jun 2009

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde// 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em 10 jul. 2009.

3. BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde / Departamento de Atenção Básica Área Técnica de Saúde Bucal / Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília/DF, janeiro de 2001. Disponível em: <www.ccs.ufpb.br/polo/bbvirtual/planosaudebucal.doc>. Acesso em: 13 ago. 2009

4. BRASIL. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: SGTES, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf> Acesso em 09 mai.2009

5. BRASIL. Ministério da Saúde Manual para a Organização da Atenção Básica / Secretaria de Assistência à Saúde. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf>. Acesso em 15 jun. 2009.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 16 maio 2009
7. CARDOSO F.C. *et al*, Unidade Didática I: Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde, Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008
8. CARDOSO, L. *et al*. Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 17-22, 2005. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/637/63750104.pdf>. Acesso em: 02 maio 2009.
9. CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em 02 jul 2009
10. CHIAVENATO, I. Administração de recursos humanos. 2 ed., v. 3, São Paulo: Atlas, 1997.
11. CORRÊA E.J.; VASCONCELOS M.; SOUZA M. S. L. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos, Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008
12. CRUZ A.M. G.*et al*, Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185-189, set./dez. 2004. Disponível em: <http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo3v43.pdf>. Acesso em 07 nov2009
13. FARIA H. P. *et al*. Unidade Didática I: Módulo 2: Modelo Assistencial e Atenção Básica à saúde, Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.
14. FARIA H de *et al*.; Unidade Didática I: Módulo 1: Processo de trabalho em saúde, Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

15. FEITOSA, S.; COLARES, V.. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 10 out. 2009.
16. FRAZÃO, P., MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. Revista de Saúde Pública vol. 43 n. 3. São Paulo, mai/jun 2006, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 20 mar 2009
17. FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários para a prática educativa. 39. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).
18. GRADELLA C.M.F.; *et al*, Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 329-334, out./dez. 2007. Disponível em <<http://www.teleodonto.fo.usp.br/nucleo/wp-content/uploads/2008/06/rqo-epidemiologia-carie-dentaria-2007>>, Acesso em 19 jul. 2009
19. GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 1990.
20. KELNER, N. *et al*. Prevalência de perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOPUPE) em 2002 e 2003. Odontologia Clínica Científica, Recife, v. 4, n. 3, p. 213-218, 2005. Disponível em: <<http://www.cro-pe.org.br/revista/v4n3/9.pdf>> Acesso em 12 jul.2009
21. MAIA F.R.; SILVA A.A.R.; CARVALHO Q.R.M., Proposta de um Protocolo para o Atendimento Odontológico do Paciente Diabético na Atenção Básica, Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.7, n.1, p.16-29, dez. 2005 Disponível em. <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Protocolo.pdf>> Acesso em 20 mai 2009
22. MASSAO, J, M. *et al*. Filosofia da Clínica de bebês da UNIGRANRIO – Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 53, n. 5, p. 6-13 set/out. 1996.
23. MOIMAZ, S.A.S. *et al.*, A re/organização dos serviços de saúde por meio da Educação Permanente; Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP. Odontologia e Sociedade, 2009. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/revistas/odontologiaesociedade/index_arquivos/ods2009_1_1.pdf> Acesso em jun,2009 Acesso em 05 jul 2009

24. NARVAI, P.C.. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 maio 2009.
25. PAIM M. C.; GUIMARÃES J.M.M., Relato de experiência, Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia; Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v.33, n.1, p94-103; jan./mar. 2009.
<<http://www.abed.org.br/congresso2008/tc/511200815733AM.pdf>> Acesso em 25 ago.2009
26. PERES, M.A. *et al.* Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. Revista brasileira de epidemiologia, São Paulo, v. 6, n. 4, p 293-306 dec2003 Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 set 2009.
27. PINTO V.G. Odontologia Social e Preventiva, 2 Ed São Paulo Livraria Editora Santos 1990
28. RIBEIRO, E.C. O; MOTTA J.I.J.. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde – NUTES/UFRJ, Rio de Janeiro. 2009. Disponível em:
<<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>>. Acesso em: 08 set.2009.
29. SILVA A.M.V.; CARDOSO F.C.; Prevalência de Perda Precoce de Dentes Decíduos em Crianças que Procuram Tratamento Odontológico no Curso de Odontologia da UFPA - Anais eletrônicos... Pará; UFPA, 1996. Disponível em:
<<http://www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa14.htm>>. Acesso em 08 set. 2009.
30. SILVA, A.M.V., CARDOSO, F.C. Prevalência de Perda Precoce de Dentes Decíduos em Crianças que Procuram Tratamento Odontológico no Curso de Odontologia da UFPA, Monografia; 2007. Disponível em:
<<http://www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa14.htm>>. Acesso em jun2009
31. TOMITA, N. E. *et al.* Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 6, Dec. 1999. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101999000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2009.

32. VASCONCELOS M. *et al.*; Unidade didática I, Módulo 4, Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

APÊNDICE A

Pôster apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: maio de 2008

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA UNIDADE SÃO JOÃO I

Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete/MG

Índice de cárie elevado em crianças de dois a seis anos

SANTOS, M. L. S.

Email: lourdessaless@gmail.com

Introdução

A necessidade desta revisão bibliográfica surgiu em resposta a demanda por atenção especial, acolhimento e informação, para as mães, gestante e crianças de dois a seis anos, sentidas e vividas pela equipe do Programa Saúde da Família do PSF São João I, responsável por 1200 famílias e uma média de 49 gestantes e 223 crianças, atualmente. As famílias são de baixa renda, a maioria em situação de vulnerabilidade (alcoolismo, drogas, habitações precárias). Existe um alto índice de gravidez na adolescência e de mortalidade infantil, associado ao fato de gestantes com problemas periodontais tem 50% a mais de chances de ter um parto prematuro.

Objetivos

Avaliar as causas e conseqüências da cárie dental nas crianças da área de abrangência do PSF, e atuar junto às mães, gestantes e puérperas melhorando o nível de informação, estimulando o autocuidado, e cuidado com as crianças buscando a qualidade de saúde bucal. Existe a necessidade de criar vínculo e co-responsabilidade entre a equipe do PSF São João I e as mães, gestantes e puérperas da área de abrangência, pois é preocupante a falta de freqüência e comprometimento desta faixa da população nas atividades educativas.

Metodologia

Referências

FELDEN, E.G., FELDENS, C.A., KRAMER, P. F. A Percepção dos Médicos Obstetras a Respeito da Saúde Bucal da Gestante. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 41-46, jan./abr. 2005.
SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa

Revisão bibliográfica sobre o tema, buscando suas causas e conseqüências e as melhores maneiras de intervir:

Resultados

- Organização e funcionamento adequado das atividades educativas dentro do PSF (atividades mais acolhedoras e interessantes estimulando a participação da comunidade).
- Resultado social: grande nº. de pessoas beneficiadas (40 gestantes e 223 crianças de 2 a 6 anos e suas famílias)
- Tipo de capacitação promovida: Capacitar as mães e gestantes para o autocuidado e cuidado com as crianças, melhorando o nível de informação e interesse nos cuidados com a saúde bucal e entendimento de que a saúde bucal é de máxima importância para a saúde geral.

Conclusão

Este estudo visa a busca de uma solução para o alto índice de cárie e demanda por urgência e emergência entre crianças de dois a seis anos. Através da informação e acolhimento, deverá haver diminuição de resistência ao tratamento odontológico entre as gestantes e crianças, que, por falta de informação e preconceito têm agravado seus problemas de saúde bucal.

Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil – **Cadernos de Saúde Pública** v. 23, n.1. Rio de Janeiro, jan. 2007 – Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva Docentes, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA.

APÊNDICE B

Método da Estimativa Rápida que incluiu entrevistas com informantes-chave, observação ativa e identificação dos principais problemas

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS INFORMANTES-CHAVE

| Informantes-chave | Problemas | Sugestões |
|--------------------------------------|--|--|
| Presidente da associação comunitária | <ul style="list-style-type: none">• Serviço de ambulância deficiente no município• Falta de uma área de lazer• Famílias desabrigadas• Drogas• Transporte• Falta de visitas domiciliares do médico• Preocupação com a falta de local para reunião da associação• Bairro inteiro sem rede de esgoto (N. Sra. da Guia) | <ul style="list-style-type: none">• Aprova os projetos que o Centro Regional de Assistência Social (CRAS) vem desenvolvendo, especialmente com os jovens.• Acha que deveriam ser construídas mais casas populares• Melhorias na rede de transporte urbano• Urgência em fazer rede de esgoto para o bairro N. Sra. da Guia e Linhazinha. |
| Representante da Pastoral do Menor | <ul style="list-style-type: none">• Crianças na rua• Gravidez precoce• Alcoolismo• Falta de visitas domiciliares do médico (mãe com 94 anos e o médico a visitou duas vezes em dois anos) | <ul style="list-style-type: none">• Melhoria do atendimento médico no PSF (visitas)• Considera a solução para o alcoolismo muito difícil, pois depende da pessoa |

(continua...)

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS INFORMANTES-CHAVE

...(continuação)

| Informantes-chave | Problemas | Sugestões |
|---|---|--|
| Representante do CAE (Conselho de Alimentação Escolar) | <ul style="list-style-type: none">• Falta do médico em período integral no PSF• Filas para marcar consulta no PSF e falta de visitas domiciliares pelo médico• Transporte coletivo deficiente• Área de lazer para os jovens e crianças• Alcoolismo e drogas• Hipertensão• Diabetes | <ul style="list-style-type: none">• O CRAS é um ótimo projeto para o bairro• Criação de programas de apoio para alcoólatras e drogados• Melhoria da Associação de Bairro, desenvolvendo projetos para a comunidade• Médico em período integral no PSF |
| Monitora da creche | <ul style="list-style-type: none">• Transporte coletivo deficiente, pois o bairro está crescendo muito• Todas as mães trabalham o dia todo e não levam os filhos ao PSF para um controle preventivo• Fila muito grande de crianças aguardando vaga na creche (mais de 40 crianças)• Falta de médico em período integral no PSF | <ul style="list-style-type: none">• Aumentar o nº de creches no bairro• Melhoria do transporte• Aumentar o nº de monitoras na creche• Melhorar o atendimento de urgência médica no PSF |

(continua....)

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS INFORMANTES-CHAVE

...(continuação)

| | | |
|---|--|---|
| <p>Presidente do Movimento dos Sem Teto (MST)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Transporte coletivo deficiente • Drogas e alcoolismo • (dificuldade de internação) • Violência causada pelo tráfico de drogas no local • Creche atende poucas crianças • Os cadastrados para receber a moradia pelo MST 80% são • Mulheres com renda menor que um salário mínimo | <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de alcoólicos anônimos/ centro de apoio aos drogados • Maior efetividade do trabalho das assistentes sociais do Centro Regional de Assistência Social (CRAS) • Aumento do nº de visitas do médico • O trabalho do PSF é bom • O MST tem projeto que já está em andamento para construção de 200 casas para as famílias cadastradas. |
| <p>Monitora da creche</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Os pais têm pouca responsabilidade com as crianças, principalmente no que diz respeito a cuidados médicos (não dão remédio corretamente, não levam ao médico) • Poucas consultas médicas no PSF • Em casos de emergências as pessoas do bairro recorrem somente ao pronto socorro | <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria no atendimento de urgência do PSF • Reuniões com as mães mais freqüentes para sensibilizar para os cuidados de prevenção com a criança • Aumentar o nº de creches |

(continua...)

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS INFORMANTES-CHAVE

...(continuação)

| | | |
|---|--|--|
| Associação São Vicente de Paulo (Vicentina) | <ul style="list-style-type: none">• Crianças na rua o dia inteiro, às vezes até a noite• Falta de interesse e responsabilidade dos pais• Muitas famílias com residências precárias• Falta de visitas domiciliares do médico• Falta de ensino médio no bairro | <ul style="list-style-type: none">• Aprova o segundo tempo na escola que está acolhendo muitas crianças• Período integral na escola ou ficar até os seis anos na creche• Acha ótimo o atendimento no PSF.• Aumentar o nº de creches no bairro |
|---|--|--|

OBSERVAÇÃO ATIVA

Principais pontos observados

- Famílias que vivem em áreas com risco de desabamento
- Famílias que vivem em área de difícil acesso.
- Famílias que vivem em habitações precárias.
- Esgoto a céu aberto
- Lixo acumulado em lotes vagos
- Animais soltos
- Criação de animais (porcos, galinhas) em lotes muito pequenos e muito próximos aos vizinhos
- Duas famílias desabrigadas vivendo em um galpão da prefeitura
- Quatro famílias vivendo em galpão do MST
- Não existem focos de dengue devido a constantes visitas dos agentes da vigilância sanitária
- Artesanato em madeira (microárea I)

PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Acúmulo de lixo nos lotes
- Falta de esgoto
- Violência
- Desemprego
- Gravidez na adolescência
- Falta de opções de lazer
- Drogas
- Várias famílias não têm escova dental para todos os integrantes da família ou estão em estado precário.