

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

**CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE
BUCAL PARA UMA ESCOLA MUNICIPAL DE CABO VERDE, MG**

ROSANA HOLLANDA DE PAULA GONÇALVES

CAMPOS GERAIS / MG

2011

ROSANA HOLLANDA DE PAULA GONÇALVES

**CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE
BUCAL PARA UMA ESCOLA MUNICIPAL DE CABO VERDE, MG**

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

Orientadora: Prof^a Maria Inês Barreiros Senna

CAMPOS GERAIS / MG

2011

ROSANA HOLLANDA DE PAULA GONÇALVES

**CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE
BUCAL PARA UMA ESCOLA MUNICIPAL DE CABO VERDE, MG**

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

Orientadora: Prof^a Maria Inês Barreiros Senna

Banca examinadora:
Prof^a. Maria Inês Barreiros Senna
Prof^a. Dr^a. Mara Vasconcelos

Aprovada em Belo Horizonte: 02/07/2011

**CAMPOS GERAIS / MG
2011**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me ajudou em todos os momentos dessa caminhada; é por Ele que a vitória é alcançada!

À minha família, em especial aos meus filhos, Isaque e Isabela, amores da minha vida, que foram privados de minha presença em vários momentos para que eu me dedicasse à conclusão do curso. Ao meu marido, Marcelo, que sempre me apoiou. À minha mãe, Silvana, que me ajudou muito, cuidando de meus filhos nos momentos que mais precisei e meu pai, Roosevelt, com quem aprendi muito sobre a odontologia, mas principalmente o amor à profissão.

À Silvana que sempre esteve ao meu lado com amizade sincera e colaborando para o meu sucesso. Às colegas de curso Patrícia, Andréia, Eliana e Ionara que compartilharam momentos de alegrias e angústias, e se tornaram amigas muito especiais.

À tutora Prof^ª. Lucimari que é mais que uma professora, é uma amiga e incentivadora, e à Prof^ª. Maria Inês que me orientou. Ao Nescon/UFMG que ofereceu este curso de especialização que abriu novos horizontes para o trabalho em saúde da família.

RESUMO

Este estudo foi realizado a partir de uma revisão no período entre 1991 e 2010 nas bases de dados Bireme e Lilacs, visando agregar evidências para nortear o desenvolvimento de um projeto de intervenção em saúde bucal, indicando novos rumos à promoção de saúde bucal dos escolares. O material selecionado para o trabalho foi organizado de modo a identificar categorias de atuação programática na área da saúde bucal a fim de se criar um projeto de intervenção na Escola Municipal Prof. Pedro Alcântara Ferreira em Cabo Verde, MG. A proposta de educação em saúde bucal para escolares é uma estratégia para mudar o panorama nacional da saúde bucal, afinal os hábitos construídos durante a infância perduram por toda a vida. A cárie dentária e a doença periodontal são os males que mais acometem a cavidade bucal, sendo a cárie o mais comum em crianças. A determinação social da cárie dental, relacionada aos aspectos econômicos e comportamentais, vem sendo enfatizada em alguns estudos. Cabe à ESB criar meios de interagir com a comunidade para elaborar planos de ação visando amenizar os males que afligem a população.

Palavras chave: Programa de Saúde da Família, Educação em Saúde, Saúde Bucal, Promoção da saúde.

ABSTRACT

This study was conducted from a revision in the period between 1991 and 2010 in the databases LILACS BIREME, in order to add evidence to guide the development of a project in oral health, indicating new directions for promoting oral health of schoolchildren. The material selected for the study was organized to identify categories of programmatic activities in the area of oral health in order to create an intervention project at the Municipal School Professor. Alcantara Pedro Ferreira in Cabo Verde, MG. The proposed oral health education for school children is a strategy to change the landscape of national oral health habits after all built during childhood persist throughout life. Dental caries and periodontal disease are the evils that most affect the oral cavity, the cavity being the most common in children. The social determinants of dental caries, related to economic and behavioral aspects, has been emphasized in some studies. It is up to the ESB to create ways to interact with the community to develop plans of action to mitigate the evils that afflict the population.

Keywords: Family Health Program, Health Education, Oral Health, Health Promotion.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS – agente comunitário de saúde
ASB – auxiliar de saúde bucal
CD – cirurgião- dentista
ESB – equipe de saúde bucal
ESF – estratégia saúde da família
MS – Ministério da Saúde
PSF – programa saúde da família
SIAB – sistema de informação da atenção básica
SUS – sistema único de saúde
VD - visita domiciliar

LISTA DE QUADROS

Quadro1. Distribuição de risco das famílias	10
Quadro 2. Distribuição da população por faixa etária	10
Quadro 3. Desenho das operações.....	23
Quadro 4. Recursos materiais e humanos.....	24
Quadro 5. Cronograma de execução.....	26
Quadro 6. Orçamento estimado.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	12
3.1	Objetivo geral	12
3.2	Objetivos específicos	13
4	METODOLOGIA	13
5	REVISÃO DE LITERATURA	13
5.2	ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA ESCOLARES DA ESCOLA MUNICIPAL PROF. PEDRO ALCÂNTARA FERREIRA	18
6	PÚBLICO ALVO	24
7	RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	24
8	PARCEIROS OU INSTITUIÇÕES APOIADORAS	24
9	METAS	24
10	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	25
11	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	26
12	ORÇAMENTO ESTIMADO	27
13	REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde (MS), iniciado em 1994, se configura como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Considera-se a saúde bucal como um dos componentes da Estratégia da Saúde da Família, que adquire maior importância na busca de mecanismos que ampliem o acesso da população a essas ações e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico (BRASIL, 2000).

Promoção de saúde é uma área empolgante da interface entre saúde e sociedade. Atualmente, grande ênfase tem sido dada às estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde por meio de mudanças dos padrões e modos de vida da população. Melhorar condições de saúde bucal e reduzir as desigualdades em saúde implica, necessariamente, o envolvimento ativo do profissional e do governo em estratégias de promoção de saúde bucal e prevenção das doenças, com ética e responsabilidade. Um dos princípios fundamentais da promoção de saúde é o desenvolvimento de ações destinadas às necessidades da população (ARAÚJO, 2005).

O município de Cabo Verde se situa ao sul de Minas Gerais, cerca de 430 km de Belo Horizonte e possui aproximadamente 14.000 habitantes. A agricultura cafeeira é responsável pela grande parte da economia do município e a pecuária por uma menor parte.

O Programa de Saúde da Família foi implantado em maio de 2006 e tem uma cobertura de 25% da população, com 1.186 famílias cadastradas. Inicialmente, a equipe da Unidade Básica de Saúde José Monteiro de Souza era composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde (ACS). A Equipe de Saúde Bucal foi implantada, em abril de 2008 composta por uma cirurgiã-dentista (CD), e uma auxiliar de saúde bucal (ASB).

Em 2009, as ACS fizeram recadastramento de todos os usuários da área de abrangência e a classificação de risco das famílias, observando os dados contidos

na Ficha A. Nesta ficha cada família é classificada de acordo com o número de indivíduos, idade, sexo, nível de escolaridade, tipo de casa, se possui energia elétrica, tratamento e abastecimento de água, destino das fezes, destino do lixo e quais tipos de doenças os indivíduos são acometidos.

Ao analisar a população como um todo, englobando as 7 microáreas, percebe-se que a grande maioria das famílias está classificada como “baixo risco” ou de “médio risco”.

Quadro 1. Distribuição de risco das famílias da área de abrangência da ESF José Monteiro de Souza, Cabo Verde, MG, 2010

Classificação de risco	%
Sem risco	23,51
Baixo risco	33,95
Médio risco	33,62
Alto risco	8,92

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB,2010)

A distribuição por faixa etária mostra que a grande parcela da população (entre 20 e 39 anos) representa a idade mais produtiva e é predominante na área de abrangência.

Quadro 2. Distribuição da população da área de abrangência da ESF José Monteiro de Souza, de acordo com a faixa etária, Cabo Verde, MG, 2009.

FAIXA ETÁRIA	N	%
< DE 01 ANO	51	1,33
01 A 04 ANOS	219	5,73
05 A 09 ANOS	307	8,04
10 A 14 ANOS	338	8,85
15 A 19 ANOS	328	8,59
20 A 39 ANOS	1217	31,89
40 A 49 ANOS	522	13,67
50 A 59 ANOS	409	10,7
> 60 ANOS	425	11,1
TOTAL	3816	100

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB - Maio de 2009)

A comunidade em que a ESF atua é muito carente de recursos financeiros e de informações relacionadas ao autocuidado, o que faz com que haja uma grande demanda nos serviços de saúde.

Uma característica da população é a sazonalidade da demanda pelos serviços de saúde marcada por dois períodos distintos no ano: a época da colheita de café (maio a outubro) quando poucas pessoas procuram atendimento médico e odontológico para poder trabalhar; e a outra época é a entressafra quando há uma superlotação nas unidades de saúde.

A ESF atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade. Os serviços prestados pela UBS José Monteiro de Souza são: consultas médicas; consultas de enfermagem; acompanhamento de gestantes (pré-natal); inalação; coleta e exame preventivo e de mama; curativos; glicemia capilar; controle de pressão arterial; triagem (peso e altura); atividades em grupo (grupos para diabéticos e hipertensos, gestantes, mulheres e adolescentes) para promoção e prevenção da saúde; reunião com a comunidade; atendimento fisioterapêutico em domicílio e consultório; distribuições de medicamentos por meio das ACS.

As visitas domiciliares (VD) realizadas pelo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, dentista e ACS são o grande diferencial da ESF para os outros modelos assistenciais. Por meio da VD, os profissionais têm o conhecimento das condições socioeconômicas, culturais e ambientais dos indivíduos para avaliar as reais necessidades e problemas da população.

As atividades são desenvolvidas de forma dinâmica, com a avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação.

O acesso às ações de saúde bucal se faz por meio da demanda espontânea (80% da oferta) e demanda programada (20% da oferta). Isso ocorre porque se pretende inserir e adequar a consulta programática gradualmente; devido à resistência da maioria da população quanto à mudança do tipo de assistência. Os grupos populacionais que recebem esse tipo de consulta programática são: gestantes, idosos, diabéticos, hipertensos e pacientes com necessidades especiais.

Os procedimentos odontológicos mais realizados são: restaurações, exodontias, pulpotomias, profilaxia, raspagens periodontais, aplicação de flúor, aplicação de selantes. Além das atividades clínicas de âmbito individual, também são desenvolvidos atendimentos e atividades coletivas nas instituições da área de abrangência da equipe, a saber: 1) na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) são realizadas atividades educativas, preventivas e curativas para aproximadamente 60 alunos. Este grupo se encontra atualmente em controle; 2) a Creche Municipal “Maria da Glória Tereza” recebe apoio da equipe de Saúde Bucal por meio do desenvolvimento de atividades periódicas de educação em saúde e escovação supervisionada. A creche atende aproximadamente 80 crianças com idade entre 6 meses a 5 anos; 3) no “Lar Santo Antônio” onde vivem cerca de 40 idosos, a ESB faz visitas periódicas e todos que apresentam necessidades de tratamento odontológico são encaminhados para atendimento na UBS.

2 JUSTIFICATIVA

Ao lado da UBS, se localiza a Escola Municipal “Professor Pedro Alcântara Ferreira” de ensino fundamental, na qual estão matriculados aproximadamente 300 alunos com idade entre 5 e 12 anos. A maior parte dos estudantes é proveniente de famílias com baixas condições socioeconômicas. Verificou-se também que, grande parcela desses alunos, nunca teve acesso à saúde bucal. Essa realidade demandou da ESB uma necessidade de elaborar um projeto de intervenção em saúde bucal voltado especialmente para esse grupo populacional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para promoção de saúde bucal e a prevenção de doenças dos escolares, contribuindo para melhor qualidade de vida dessas crianças e indiretamente, de seus familiares.

3.2 Objetivos específicos

- Atualizar os aspectos conceituais a respeito da prevenção das doenças bucais mais prevalentes em escolares.
- Identificar as formas de prevenção e instrumentos educacionais.
- Recomendar processos de abordagem de escolares e responsáveis para prevenção em saúde bucal.

4 METODOLOGIA

A revisão bibliográfica sobre programas em saúde bucal foi desenvolvida tendo como referência o período de 2000 a 2010. O tema “educação em saúde bucal” foi levantado em bases de dados e bibliotecas virtuais da área da saúde: Bireme (Biblioteca virtual da saúde); LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), MEDLINE e SCIELO; além de materiais impressos como revistas e jornais da saúde. O material selecionado para o trabalho foi organizado de modo a identificar categorias de atuação programática na área da saúde bucal a fim de se criar um projeto de intervenção na Escola Municipal Prof. Pedro Alcântara Ferreira.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma revisão dos artigos sobre saúde bucal, educação em saúde e projetos de intervenção em saúde bucal publicados entre os anos 2000 a 2010 conforme relatado na metodologia. Os resultados encontrados nesses artigos relatam que a situação da saúde bucal no Brasil ainda está longe dos padrões preconizados pelos órgãos responsáveis. E apesar de esforços do governo estar sendo feitos, ainda há muito que avançar. A ESF veio com uma nova idéia de assistência, o que favorece para implantação de medidas preventivas para a comunidade o que antes não acontecia porque a odontologia era focada somente em ações curativas, o que não garantiu um bom resultado.

A proposta de educação em saúde bucal para escolares é uma estratégia para mudar o panorama nacional da saúde bucal, afinal os hábitos construídos durante a infância perduram por toda a vida. A cárie dentária e a doença periodontal são os males que mais acometem a cavidade bucal, sendo a cárie o mais comum em crianças. A determinação social da cárie dental, relacionada aos aspectos econômicos e comportamentais, vem sendo enfatizada em alguns estudos.

Cabe à ESB criar meios de interagir com a comunidade para elaborar planos de ação visando amenizar os males que afligem a população.

Durante muito tempo, a cavidade bucal foi vista como uma estrutura anatômica isolada do resto do corpo. No entanto, ela está intimamente ligada ao indivíduo e, dependendo de suas condições, pode causar impacto positivo ou negativo sobre a saúde geral (FREDDO *et al*, 2008).

Não há dúvidas quanto à importância de uma prática odontológica que contemple a saúde bucal coletiva, universalizando o acesso e garantindo a equidade no atendimento das necessidades da população (PETRY *et al*, 2000).

Em saúde bucal, a situação epidemiológica brasileira ainda é grave devido às condições sociais e econômicas da população, à pequena parcela de investimentos que a área recebe em relação ao total do SUS e à falta de informação sobre os cuidados básicos de saúde. Embora a odontologia se mostre muito desenvolvida em tecnologia, não responde em níveis significativos às demandas dos problemas de saúde bucal da população. Nesse contexto, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico no âmbito público e coletivo (PAULETO, 2004).

O Ministério da Saúde em 2002 e 2003 realizou um levantamento sobre as condições de saúde bucal da população brasileira onde se observou que cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Um dos principais motivos é a experiência de dor dentária à qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes. A ida ao dentista para consulta de rotina/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes. A perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 aos 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso País.

No Brasil, a cárie e as doenças periodontais ainda atingem índices muito superiores aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000. Segundo dados recentes, os níveis de CPO-D aos 12 anos no Brasil, estão transitando de uma faixa de prevalência muito alta (> 6,6) para outra que configura uma prevalência alta (> 4,5 – < 6,6), com um CPO-D médio de 4,9 aos 12 anos.

Assim sendo, o grande desafio da odontologia atual é atuar educativamente junto à população infantil, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, numa mudança de atitude em relação a essas doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população. (SÁ & VASCONCELOS, 2009).

As políticas de saúde bucal do SUS buscam favorecer a transformação da prática odontológica por meio da incorporação de pessoal auxiliar, novas tecnologias e ações coletivas de saúde, visando alterar suas características epidemiológicas e obter impacto na cobertura da população e na construção da cidadania. Para atingir essas metas, é imprescindível criar e incentivar práticas comunitárias que possibilitem o crescimento da consciência sanitária e a mobilização da sociedade civil em torno das questões de saúde. (PAULETO *et al*, 2004).

A Educação em Saúde é de extrema importância quando se deseja mudar atitudes em relação à doença, priorizando a promoção de saúde e, educar em saúde é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e fazer que a população tenha consciência desses problemas e busquem soluções. Deste modo a educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências e deve haver uma ligação entre o saber científico e o saber popular. (SALIBA *et al*, 2003).

Segundo Barros (2007) por meio das ações educativas, cada profissional da equipe assume o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico, reconhecendo que a população, por sua vez, tem experiências e um saber que devem ser levados em conta.

Os profissionais e usuários possuem um acúmulo de conhecimentos e cada um precisará dos conhecimentos do outro para poder se comunicar e garantir, no final do processo, uma nova aprendizagem. Sendo que o objetivo é contribuir para tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar e analisar criticamente as relações do processo saúde–doença bucal com seus determinantes econômicos,

sociais, políticos, culturais, ambientais, e também biológicos. Além de favorecer que encontrem formas de resolver seus problemas de saúde–doença e não apenas de seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças.

A escola tem sido considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas em saúde e higiene bucal por reunir crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas, inclusive aquelas que não tem acesso aos cuidados profissionais. Experiências mostram que é interessante a co-participação entre dentistas e professores do ensino fundamental na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para as crianças. Essa associação beneficia a comunidade infantil em uma faixa etária onde os hábitos alimentares e de higiene estão sendo formados (VASCONCELOS, 2001).

A Educação em Saúde na escola não deve ficar focada somente a transmissão de informações, mas deve permitir à criança avaliar e analisar os conhecimentos adquiridos e partir disso, mudar seu comportamento, incorporando novos hábitos ao seu cotidiano, o que os tornam agentes multiplicadores de conhecimentos.

Reforçando a necessidade de desenvolvimento de programas de educação em saúde bucal voltados para a população infantil. Estes programas devem ser cuidadosamente elaborados, levando-se em conta, não só a idade de seus participantes, como também sua realidade social, econômica e cultural. A abordagem dos temas deve ser realizada de forma participativa, adequando-se o conteúdo à linguagem da população (VASCONCELOS,2001).

Esse é o desafio que se configura, então, para os trabalhadores envolvidos na atenção à saúde bucal, requerendo desenvolver habilidades profissionais necessárias ao estabelecimento de uma comunicação efetiva que produza conhecimento. Dentre essas habilidades, destacamos:

- a) Acolher o indivíduo, prestando o apoio emocional necessário;
- b) Utilizar uma linguagem clara ao prestar informações apropriadas às expectativas, dúvidas e necessidades do indivíduo,
- c) Criar um espaço para que o indivíduo possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde;
- d) Estar atento aos apoios sociais e estruturais que favoreçam a tomada de decisões e a manutenção de opções saudáveis, identificando as possibilidades de

cooperação do serviço odontológico na mediação para melhoria dessas condições. (BARROS, 2007).

Como o adolescente passa grande parte do seu tempo na escola, esta é em um espaço privilegiado que poderá ser aproveitado por aqueles que estão mais próximos dele, como os profissionais da educação e da saúde, que muito poderão contribuir com o processo de adolescer e na construção de uma efetiva participação social, onde o protagonismo possa ser um dos instrumentos de inclusão, participação e desenvolvimento individual e coletivo. (SILVA, *et al*, 2010).

Dentre estes fatores favoráveis, alguns se destacam, pelo fato de que no ambiente escolar a discussão e o aprendizado de hábitos saudáveis tomam uma dimensão muito maior do que quando discutido individualmente com as pessoas. Na escola as crianças passam a discutir e praticar hábitos simples e rotineiros que, se mantidos e valorizados, podem fazer uma grande diferença para a sua própria saúde.

Segundo o Caderno de Atenção Básica N° 17, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, os principais fatores de risco para os problemas bucais são:

- Fatores culturais e sócioeconômicos.
- Falta de acesso ao flúor.
- Deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana).
- Consumo excessivo e frequente de açúcar.
- Xerostomia (deficiência na capacidade tampão da saliva) (BRASIL, 2006).

Tendo em vista ser a placa dentária bacteriana o principal fator etiológico da cárie, diversas estratégias de prevenção buscam a remoção ou controle desse fator. O controle de placa através de sua remoção mecânica, tem sido enfatizada nos países europeus, especialmente na Dinamarca, onde a cárie é vista como uma doença localizada, e a placa dentária bacteriana considerada um biofilme que deve ser removido ou desorganizado para impedir a ação das bactérias e, conseqüentemente, evitar a desmineralização do esmalte dental. Esta medida pressupõe educação e informação em saúde bucal para que o indivíduo, reconhecendo a placa, possa controlá-la através do autocuidado (CHAVES & SILVA, 2002).

Diversos estudos têm comprovado a possibilidade de prevenção e controle das doenças bucais que ocorrem devido à placa, através da modificação de seus fatores etiológicos. No que se refere à cárie, as medidas preconizadas para sua

prevenção baseiam-se, fundamentalmente, na educação e motivação do paciente ou população em relação á desorganização da placa bacteriana, à restrição do consumo do açúcar e ao uso do flúor. (FIGUEIRA & LEITE, 2008).A transmissão de conhecimentos sobre hábitos de higiene e alimentares é um fator importante na prevenção de doenças bucais como a cárie e doença periodontal. Nesse sentido é essencial a elaboração de programas que visem a Educação em Saúde e a promoção de saúde. Sendo que a escola é considerada espaço crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto aos seus integrantes e comunidade, visando à garantia de mudanças de comportamento, além de congrega por um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento. (GUBERT *et al*,2009)

5.2 ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA ESCOLARES DA ESCOLA MUNICIPAL PROF. PEDRO ALCÂNTARA FERREIRA.

A elaboração do Plano de Ação deve seguir os seguintes passos:

- 1) definição do problema;
- 2) priorização do problema;
- 3) descrição do problema selecionado
- 4) explicação do problema
- 5) seleção dos nós críticos
- 6) desenho das operações
- 7) identificação dos recursos críticos
- 8) análise de viabilidade do plano
- 9) elaboração do plano operativo e
- 10) gestão do plano (CARDOSO,FARIA , SANTOS, 2008).

1) Definição do Problema

As ACS realizaram entrevistas com os usuários, líderes comunitários, comerciantes e professores das escolas da área de abrangência da ESF com o objetivo de atualizar os dados da Ficha A e também incluíram perguntas sobre os seguintes assuntos: limpeza das ruas e coleta de lixo; alimentação; tabagismo; atividade física; renda familiar; saúde e lazer.

Os principais problemas observados na análise das entrevistas foram:

- Alto número de doenças cardiovasculares e diabetes,
- Não adesão dos pacientes ao tratamento proposto,
- Falta de higiene pessoal e com a casa;
- Grande número de pessoas totalmente desdentadas,
- Alto índice de cárie dentária e problemas periodontais,
- Insatisfação dos usuários com a condição da sua saúde bucal,
- Grande número de abandono de incapazes;
- Alto índice de alcoolismo e tabagismo;
- Abuso de drogas ilícitas;
- Alto índice de gravidez na adolescência; levando ao abandono dos estudos.
- Ociosidade na população; entre os trabalhadores, a maioria é de lavradores, domésticas e costureiras.

2) Priorização do problema

Diante da lista dos problemas acima, os que estão mais relacionados à saúde bucal são: grande número de pessoas totalmente desdentadas, alto índice de cárie dentária e problemas periodontais e insatisfação dos usuários com a condição da sua saúde bucal.

3) Descrição do problema selecionado

Além dos resultados das entrevistas com os informantes-chave, em 2008, foi realizado um levantamento epidemiológico no município de Cabo Verde, que

antecedeu a implantação da ESB. O resultado encontrado, para a população de 12 anos foi um CPOD= 4,70. Este resultado é bastante preocupante, afinal a meta da OMS para o ano 2000 era CPOD igual ou menor que 3,0 aos 12 anos.

4) Explicação do problema

O alto índice de cárie aos 12 anos pode ser explicado pelas condições sócioeconômicas e culturais da população do município. Além disso, a organização do serviço de saúde bucal não prioriza as ações de educação em saúde, o que pode ser evidenciado pela inexistência de programa de intervenção em saúde bucal nas escolas.

5) Seleção dos nós críticos

Os nós críticos são as causas principais dos problemas selecionados, que necessitam de intervenção com operações eficazes para sua resolução. Durante as visitas da ESB nas escolas, podemos observar características nas rotinas das crianças que interferem diretamente na situação da saúde bucal. Na simples conversa e atividade de interação com as crianças é verificada a presença de biofilme dental visível a olho nu, o que indica a ineficácia ou ausência de escovação dental. Muitos relatam que nunca foram ao dentista porque a mãe não leva ou porque tem medo. Alguns dizem que não possuem escova dental em casa, e outros usam em conjunto com outros parentes.

Quando as crianças vão para a escola, levam salgadinhos industrializados, pirulitos, chicletes e balas, mas na hora do lanche se recusam a ingerir verduras presentes na merenda escolar. Este perfil dietético das crianças sugere a necessidade de implantação de aconselhamento alimentar nas atividades educativas.

Outro nó crítico é a presença de hábitos deletérios como uso de chupeta, sucção de polegar e uso de mamadeira noturna pelas crianças com idade mais avançada, que é prejudicial. O trabalho em conjunto com as mães para mudança dos hábitos é imprescindível para obtenção de sucesso.

Conseqüências dos problemas:

Diante desses hábitos de vida prejudiciais à saúde, podemos destacar diversas conseqüências: obesidade, desnutrição, cárie, doença periodontal, má oclusão.

Esses problemas quando são agravados podem gerar limitações funcionais como: dificuldades da mastigação e da fala, halitose; e limitações psicossociais com diminuição da autoestima, dificuldade de socialização, acanhamento e até baixo rendimento escolar.

6) Desenho das operações

As operações serão desenvolvidas a partir da seleção dos nós críticos. Quanto à higiene oral deficiente, serão realizadas atividades educativas para motivar e instruir os alunos quanto ao autocuidado, além de escovação dental supervisionada pela ESB. É essencial a integração entre a saúde e a educação para o processo ser bem sucedido. Para isso busca-se:

- 1) reconhecer as opiniões dos indivíduos que serão beneficiados pelo programa; incorporando as idéias no processo do planejamento.
- 2) integrar o comprometimento do pessoal da saúde e de indivíduos com poder de decisão (professores, pais e funcionários) a serem envolvidos no programa;
- 3) realizar um levantamento de necessidades dos escolares, levando-os ao consultório para um exame clínico e anotando todos os dados. Durante a avaliação serão colhidos dados como: dentes cariados, extraídos, perdidos, fraturados, restaurados anteriormente, selados, com indicação de extração, com indicação de endodontia e os dentes íntegros. Serão anotadas alterações como má oclusão, problemas periodontais, anquiloglossia, lesões de mucosa bucal e grau de higiene oral, dificuldades da fala e da respiração;
- 4) analisar os dados decorrentes do levantamento de necessidades, inserindo-os no planejamento;
- 5) mobilizar os participantes e recursos humanos para a execução do programa proposto;
- 6) início das atividades do programa :

- Reunião com os pais e professores para expor a proposta de trabalho a ser realizado, juntamente com o cronograma das atividades.

- Reunião com as crianças para atividades educativas, aconselhamento dietético, instruções de higiene oral.

- Distribuição de escovas, cremes dentais e folders sobre o tema, exibição de filmes educativos para as crianças.

- Início das atividades de escovação supervisionada na escola.

- Tratamento clínico/restaurador para as crianças que apresentarem necessidade.

Outro nó crítico detectado é a má qualidade da alimentação das crianças, que tem maior preferência por alimentos açucarados e com grande quantidade de carboidratos. A operação em conjunto com a nutricionista para fazer com que os alimentos com alto teor nutricional sejam aceitos pelas crianças. A criação de uma horta na escola com o contato direto dos alunos com a natureza pode despertar o interesse por uma alimentação natural, que resultará em maior saúde geral e também bucal. A parceria com a secretaria municipal do meio ambiente é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial na escola.

A presença de hábitos deletérios como: uso de chupeta, sucção de polegar e onicofagia estão presentes nas crianças em idade escolar, o que acarreta danos orofaciais futuros. O trabalho conjunto da ESB, Fonoaudióloga, psicóloga com as mães para instruções sobre a importância da remoção desses hábitos o quanto antes, é de suma importância, afinal envolve laços emocionais da família. Pretende-se tratar do assunto de uma forma lúdica em forma de teatros, fantoches com a participação das crianças, a fim de que não se torne um problema traumático.

O desenho dessas operações seguem as orientações do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que se encontra na apostila do Módulo 1 do CEABSF, como se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 3. Desenho das operações a serem desenvolvidas a partir dos nós críticos reconhecidos pela ESF José Monteiro de Souza, Cabo Verde, MG, 2011

Nó crítico	Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Higiene bucal deficiente	Projeto de intervenção em saúde bucal na escola	Diminuição do índice CPOD aos 12 anos	Atividades educativas e escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação de flúor	Cognitivo: informação sobre o tema para elaboração do projeto Político: articulação entre o setor de saúde e o de educação. Financeiro: para a aquisição de escovas e cremes dentais, flúor gel, fucsina e folhetos educativos
Alimentação rica em açúcar e pobre em vitaminas	Projeto de alimentação saudável para a merenda escolar	Aceitação de alimentos mais nutritivos na merenda escolar	Construção de horta escolar com a participação direta dos alunos	Cognitivo: elaboração de atividades sobre nutrição e meio ambiente Organizacional: adequação do terreno para construção da horta. Político: articulação com a secretaria municipal do meio ambiente Financeiro: recursos para adquirir sementes e materiais necessários para irrigação da horta.
Presença de hábitos deletérios em crianças com idade escolar	Teatros e Atividades lúdicas para motivação de crianças e mães	mudanças desses hábitos	Parceria com fonoaudióloga do município nestas atividades	Cognitivo: elaboração de um plano para conscientização de mães e crianças Político: interação com a fonoaudióloga e professoras Financeiros: materiais para confecção de fantoches e teatro

6 PÚBLICO ALVO

Serão beneficiados os alunos da Escola Municipal Professor Pedro Alcântara Ferreira, professores, funcionários e familiares das crianças.

7 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

Quadro 4. Recursos materiais e humanos

Recursos Materiais	Recursos Humanos
escovas, cremes e fios dentais	a equipe de saúde bucal do PSF (dentista e auxiliar)
corante fucsina 0,5%	Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)
flúor gel a 1,23% acidulado e moldeiras	técnicas de enfermagem do PSF
material impresso: folders	professoras e funcionárias da escola
materiais de consumo para consultório odontológico e materiais restauradores (disponíveis na Unidade Básica do PSF)	

8 PARCEIROS OU INSTITUIÇÕES APOIADORAS

O projeto conta com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal do Meio Ambiente de Cabo Verde, MG.

9 METAS

- Realizar um levantamento de necessidades odontológicas
- Atender a 100% das crianças da escola com necessidades odontológicas.

- Incluir todas as crianças da escola nas atividades de escovação supervisionada semanalmente.
- Realizar evidenciação de placa bacteriana com corante fucsina trimestralmente.
- Realizar atividades educativas mensalmente com todas as crianças.
- Distribuir escovas e cremes dentais para todas as crianças.

10 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os exames clínicos para avaliar as necessidades odontológicas servirão de instrumento de avaliação, com eles pode se medir o número de dentes cariados, restaurados, com indicação de extração, de endodontia e situação da higiene oral. E com o uso de corante evidenciará a placa bacteriana, tornando-a visível para garantir a eficiência da escovação dental realizada pela criança.

12 ORÇAMENTO ESTIMADO

Quadro 6. Orçamento estimado

Recursos	Valor estimado	Quantidade	Total
Escovas dentais	R\$ 1,50	600	R\$ 900,00
Cremes dentais	R\$ 1,70	600	R\$ 1.020,00
Fios dentais	R\$ 2,00	600	R\$ 1.200,00
Material impresso	R\$ 0,50	300	R\$ 150,00

13. REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, I. C. **O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião dentista**. [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 2005.
2. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Resumo Executivo- Proposta Preliminar. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. 2000. Disponível em: www.ccs.ufpb.br/polo/bbvirtual/saudebucal.doc, acessado em: 14/07/2010
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde-Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal Cadernos de Atenção Básica - n.º 17**. Brasília – DF. 2006.
4. CARDOSO, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.; **Modulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG-Nescon UFMG; 2008
5. CHAVES, S.C.L.; SILVA L.M.V. **A efetividade do dentifrício fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise** Rev Saúde Pública 2002;36(5):598-606 .
6. CHAVES, S C L; SILVA, LM V. **As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1):129-139, jan-fev, 2002
7. CORRÊA, J.E.; VASCONCELOS, M; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte. Nescon UFMG. Editora Coopmed, 2009.
8. FIGUEIRA, T.R; LEITE, I.C.G. **Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares**. RGO, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 27-32, jan./mar. 2008
9. FREDDO, S. L; AERTS; D. R. G.C ; ABEGG, C; DAVOGLIO, R; VIEIRA, C.P; MONTEIRO, L; **Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):1991-2000, set 2008.
10. GUBERT, F. A., SANTOS, A. C. L.S, ARAGÃO, K.A, PEREIRA, D.C. R., VIEIRA, N.F.C, PINHEIRO, P.N.C. **Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):165-72.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Projeto SB Brasil 2003: **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 - Resultados Principais**. Série C, Projetos e Relatórios. Brasília DF, 2004.67p.

12. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção em Saúde Bucal**. 2ª edição, Belo Horizonte : SAS/MG, 2007. 290p.

13. PALMIER, A.C.; *et al.* **Saúde Bucal**: aspectos básicos e atenção ao adulto. Nescon-UFMG. s/data. Mimeo

14. PAULETO, A.R.C; PEREIRA, M.L.T; CYRINO, E.G. **Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):121-130, 2004

15. PETRY, P. C.; VICTORA, C. G, SANTOS, I. S. **Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas**. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1):145-153, jan-mar, 2000.

16. Sá, L. O.; Vasconcelos, M. M. V. B. **A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental - Revisão de literatura** *Odontologia. Clín. -Científ.*, Recife, 8 (4) 299-303, out./ dez., 2009

17. SALIBA, N.A, PEREIRA, A.A, MOIMAZ, S.A.S, GARBIN, C.A.S, ARCIER, R.M. **Programa de educação em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP**. *Odontologia. Clín.-Científ.*, Recife, 2 (3): 197-200, set/dez., 2003

18. SILVA MAI, MELLO DF, CARLOS DM. **O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(2):287-93.

19. VASCONCELOS, R, MATTA, M.L., PORDEUS, I.A., PAIVA, S.M. **Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil** *PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*, v.4, n.3, set./dez. 2001