

INTERVENÇÃO COM FINALIDADE DE APERFEIÇOAR OS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E SAÚDE NA ESCOLA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINHALZINHO/SC.

INTERVENTION WITH PURPOSE OF IMPROVING THE PROMOTION OF HEALTH AND HEALTH IN SCHOOL HEALTH STRATEGY IN FAMILY PINHALZINHO / SC.

JOÃO RODOLFO GOMES **JAKYMIU**¹, MARCELO **MOREIRA**², IGOR GREIK **AGNOLETTO**³, FELIPE EMMANUEL GOMES **JAKYMIU**⁴, LAURO DE SOUZA RODRIGUES **FILHO**⁵, GUSTAVO GIACOMELLI **NASCIMENTO**⁶

1. Cirurgião-dentista Especialista em Saúde da família UFPel e Mestrando em Prótese Dentária pela Faculdade Ingá-PR; 2. Cirurgião-dentista Especialista em Implantodontia pela Faculdade Ingá – MS e Mestrando em Prótese Dentária pela Faculdade Ingá-PR; 3. Cirurgião Dentista da ESF especialista em Saúde da Família UFSC 4. Médico da ESF Especialista em Saúde da Família UFSC 5. Cirurgião-dentista, Especialista em Implantodontia pela ABO – SP, Mestrando em Prótese Dentária pela Faculdade Ingá-PR; 6. Cirurgião-dentista, especialista em Saúde Coletiva, Doutorando em Odontologia

* Avenida Belém, 2399, apartamento 204, Bairro Pioneiro, Pinhalzinho, Santa Catarina, Brasil. CEP: 898700-000. joaojakymiu.ufsc@gmail.com

Recebido em 17/07/2014. Aceito para publicação em 25/07/2014

RESUMO

Esse artigo baseia-se em uma intervenção que teve a finalidade de aperfeiçoar os programas de promoção de saúde e saúde na escola, pois qualificou a atenção a saúde dos 218 (duzentos e dezoito) pré-escolares com idade entre zero e seis anos da Unidade da Estratégia Saúde da Família II (dois) do município de Pinhalzinho, no estado de Santa Catarina, com o objetivo de minimizar a atividade da doença cárie e evitar o seu aparecimento precoce na cavidade bucal de crianças menores de seis anos, atuando nos fatores etiológicos da doença. Inicialmente foi realizado um levantamento epidemiológico da atividade de cárie e da necessidade de tratamento odontológico por meio de exames bucais dos alunos que frequentavam as escolas e posteriormente as crianças foram incorporadas ao atendimento clínico juntamente com as atividades de promoção e prevenção de saúde bucal. Para o controle das atividades desenvolvidas foi produzida uma planilha no Microsoft Excel para o controle dos 14 (quatorze) indicadores, os dados dos atendimentos eram computados em prontuário e armazenado em arquivo específico. Durante a intervenção obtivemos uma ótima resolutividade dos casos, pois o número de conclusões dos casos foi próximo a de primeiras consultas odontológica. A busca ativa colaborou para facilitar e aumentar o número de atendimento dos pacientes considerados de alto risco a doença cárie, a polarização da doença cárie é algo que constatamos com frequência no âmbito escolar. Os exames bucais periódicos nas escolas mostraram-se uma boa ferramenta para identificar e integrar os pacientes que mais necessitam de atendimento ao sistema. Comparando o exame bucal realizado inicialmente e 6 (seis) meses após intervenção indicaram que a maioria dos componentes cariados foram obturados. A intervenção foi de extrema importância para mostrar a efetividade das ações, estimulou a inserção de todos os profissionais que compõe a equipe da Estratégia Saúde da Família nas atividades de promoção de saúde, além de ter indicadores e resultados que mos-

tram para gestores e usuários a importância de manter uma equipe de profissionais capacitados e atualizados atendendo em seu município, estimulando assim os gestores a investir em ações e profissionais que embasam suas ações em estudos e monitoramento a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal, cárie dentária, saúde da família, odontologia comunitária.

ABSTRACT

This article is based on an intervention that aimed to improve programs of health promotion and health education, as called attention to the health of 218 (two hundred and eighteen) preschool children aged zero to six years of the Unity Family Health Strategy 2 (two) of the municipality of Pinhalzinho in the state of Santa Catarina, in order to minimize the activity of caries and avoid the early onset in the oral cavity of children under six years, working in the etiological factors of disease. Initially an epidemiological survey of caries activity and need for dental treatment through dental examination of pupils attending schools and children were later incorporated into clinical care along with the activities of promotion and prevention of oral health was conducted. For the control of the activities, a spreadsheet was produced in Microsoft Excel for the control of fourteen (14) indicators, data were computed in the attendance records and stored in a specific file. During the intervention we got a great resoluteness of cases, since the number of findings of cases was close to the first dental consultations. Active surveillance helped to facilitate and increase the care of patients considered high risk to have caries, the polarization of caries is something that we see often in schools. Periodic oral examinations in schools proved to be a good tool to identify and integrate the patients who most need care system. Comparing the dental examination performed initially and 6 (six) months after the intervention indicated that the most of the decayed component were restored. The intervention was very

important to show the effectiveness of the actions, stimulated the inclusion of all the professionals who make up the staff of the Family Health Strategy in health promotion activities, in besides to indicators and results show that users and managers to the importance of maintaining a team of trained professionals and updated in view of their municipality, thus encouraging managers to invest in stocks and professionals that base their actions on studies and long-term monitoring.

KEYWORDS: Oral health, dental caries, family health, community dental health.

1. INTRODUÇÃO

Para OMS (1948), saúde constitui um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade¹⁸.

Em 1945, o médico historiador Henry Sigerist definiu que “promoção de saúde” associa-se à prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e reabilitação, consolidando as quatro tarefas essenciais à Medicina²⁶.

Segundo dados do Levantamento Nacional de Saúde Bucal de 2003 (SB Brasil 2003), em média, uma criança brasileira de três anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d=1,1). Aos cinco anos, esta média aumenta para quase três dentes atacados (ceo-d=2,8)⁴. Observa-se na tabela abaixo os índices de cárie de crianças pré-escolares do Centro de Educação Infantil Amigo da Infância, de Pinhalzinho/SC, na faixa etária de 03 (três) a 05 (cinco) anos de idade, em 2012 (Tabela 1).

	N	Cariado	Perdido	Obturado
3 anos	15	9	0	1
4 anos	20	7	0	0
5 anos	26	38	0	29

Tabela 1. Composição do índice ceo-d em crianças de acordo com a faixa etária da Escola Amigo da Infância Pinhalzinho/SC, realizado em agosto de 2012.



Figura 1. Escola Amigo da Infância.

Após o levantamento destes dados, fica evidente a necessidade não só de programas curativos, mas também de programas de prevenção para levar mais saúde aos

escolares. Isto justifica a troca de conhecimento com as crianças atendidas e todas as pessoas envolvidas em seus cotidianos. Fica claro também que é na infância e início da adolescência que se adquire valores e é onde se deve implementar hábitos saudáveis para que no futuro esses indivíduos atinjam um nível maior de qualidade de vida²². Assim, é justificada a importância das ações com o objetivo de minimizar a atividade da doença cárie e evitar o seu aparecimento precoce na cavidade bucal de crianças menores de seis anos, atuando nos fatores etiológicos da doença.

A intersetorialidade constitui um caminho à resolução dos problemas mais prevalentes em saúde. A promoção da saúde encerra-se num conceito unificador para aqueles que reconhecem a necessidade de mudança nas maneiras e condições de vida, a fim de promover a saúde. Este conceito engloba todos os fatores que influenciam a saúde. Admite-se que a promoção da saúde alicerça-se em uma atividade intersetorial, onde não só os serviços médicos têm a responsabilidade de assegurar a saúde, mas também as indústrias, os sindicatos e os profissionais¹³. Diante do exposto, instituiu-se em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) resultado do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e adultos (EJA).

Os principais objetivos deste Programa são:

- I - Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde.
- II - Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

No seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar⁶.

A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habi-

lidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde são premissas básicas à promoção de saúde. (OMS, 1986).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006, dá as diretrizes e aponta as estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade do cuidado³. Educação e saúde são práticas integrantes da realidade de uma sociedade, entretanto, são determinadas pelos interesses políticos e ideológicos da classe que detém o poder. Todas as formas de educação geram e constroem conhecimentos. Portanto não existe ninguém que não possua algum tipo de conhecimento, pois a aprendizagem se constrói no cotidiano. Neste sentido, todas as experiências, momentos vividos podem ser considerados uma situação de aprendizagem²⁵.

A educação em saúde é o processo pelo qual a pessoa ganha conhecimento conscientiza-se e desenvolvem habilidades necessárias para alcançar saúde bucal. Promoção de saúde, ao contrário, engloba uma variedade de medidas, incluindo atividades educacionais, com o objetivo de promover saúde, assim a educação em saúde é componente do processo de Promoção de Saúde Bucal¹⁵.

Possibilitar a participação ativa do aluno no processo de aprendizagem, propiciando o desenvolvimento contínuo das habilidades humanas tanto dos pacientes quanto dos profissionais da área da saúde é de grande importância²⁰. É interessante a coparticipação entre dentistas e professores na veiculação de informação sobre saúde e higiene bucal para as crianças. Essa associação beneficia as crianças na idade em que os hábitos alimentares e de higiene estão sendo formados.

Diante do exposto, a intervenção implementada no CEIM Amigo da Infância teve a finalidade de aperfeiçoar os programas de promoção de saúde e saúde na escola, qualificando a atenção à saúde das crianças pré-escolares com idade entre zero e seis anos da Unidade Estratégia Saúde da Família II, do município de Pinhalzinho/SC, minimizando a atuação de fatores etiológicos à atividade da doença cárie, bem como, o surgimento precoce de lesões cariosas cavitadas. Os indicadores colhidos e os resultados alcançados demonstram a importância na manutenção de equipe profissional capacitada e atualizada, bem como, a relevância de investimentos em ações planejadas e monitoradas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Essa intervenção foi desenvolvida durante a especialização de saúde da família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e teve a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas UFPel OF. 15/12, após a formulação do projeto intitulado “**Qualificação da atenção à saúde bucal de**

pré-escolares de zero a seis anos da unidade de saúde Policlínica Central Arthur Bartolomeu Fiorina, Pinhalzinho/SC”. O início deu-se em outubro de 2012, prorrogando-se por 04 (quatro) meses, com envolvimento da Equipe Estratégia da Família II (dois), Pinhalzinho/SC.

As Agentes Comunitárias de Saúde levantaram o número total de pré-escolares que pertenciam a Estratégia Saúde da Família II (dois), com idade de zero a seis anos (nascimento a partir de abril, de 2006), culminando em um público alvo de 218 (duzentos e dezoito) crianças na área. Inicialmente pretendeu-se identificar as necessidades de saúde bucal dos pré-escolares, possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Para tanto, foi realizado um levantamento epidemiológico da atividade de cárie e da necessidade de tratamento odontológico por meio de exames bucais nos alunos. Os exames bucais foram realizados seguindo os “moldes” do SB Brasil 2003, seguindo os seguintes critérios: os exames iniciais em ambiente escolar foram realizados após escovação, sob luz natural, sem auxílio de secagem ou de radiografias; foram utilizados para cada exame, espelhos bucais planos e abaixadores de língua. Utilizou-se o índice ceo-d (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados por cárie), sendo registrado individualmente, a tabulação usada para coletas dos dados foi preenchida pela auxiliar de saúde bucal. Entre as ações iniciais, destaca-se a orientação na prática de escovação aos pais e responsáveis, ou seja, programou-se com a direção do CEIM Amigo da Infância um “momento” com os pais, na presença dos filhos(as), junto ao escovódromo da escola. Logo após foi disponibilizado agendamento para atendimento clínico. As mesmas orientações repassadas aos pais estenderam-se às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), munindo-as com informações pertinentes à higienização oral das crianças.



Figura 2. Exames bucais realizadas nos pré-escolares.

A partir de então, foi iniciada a incorporação da demanda organizada da população pré-escolar no processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde. Disponibilizou-se um turno de atendimento semanal para primeira

consulta odontológica da população alvo da intervenção. Durante a primeira consulta odontológica, objetiva-se identificar os fatores de risco para cárie dentária bem como melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, estimulando e convocando os pais, informando a data do atendimento e a importância do comparecimento.

O atendimento programado foi realizado pelo cirurgião-dentista na Policlínica Central Arthur Bartolomeu e pela auxiliar de saúde bucal. Foram realizados: anamnese, exame clínico, definição do plano de tratamento e adequação do meio bucal. Os alunos foram selecionados a partir de um exame de triagem, o qual seguiu os seguintes critérios de priorização: urgência, lesão de cárie ativa em dente permanente, lesão de cárie em dente decíduo, mancha branca e presença de placa visível. No primeiro atendimento foi realizada anamnese, exame clínico, profilaxia, definição do plano de tratamento e preenchimento do prontuário odontológico. O atendimento clínico foi monitorado e computado em ficha específica, e posteriormente avaliado.

Para o controle das atividades desenvolvidas foi produzida uma planilha no Microsoft Excel para o registro e controle de 14 (quatorze) indicadores, são eles:

- Proporção de pré-escolares de zero a seis anos examinados na escola.
 - Proporção de pré-escolares cadastrados e atendidos na primeira consulta odontológica.
 - Proporção de crianças pertencentes ao CEIM Amigo da Infância.
 - Proporção de crianças faltantes a alguma consulta odontológica.
 - Proporção de crianças faltantes que retornaram às consultas após busca ativa.
 - Garantir conclusão de tratamento dos pré-escolares cadastrados.
 - Realizar atendimento integral aos pacientes, informando ou encaminhando dos usuários com necessidade de tratamento complementar.
 - Manter dos registros odontológicos atualizados.
 - Dar orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para os responsáveis das crianças de zero a seis anos de idade.
 - Dar orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para os responsáveis pelas crianças com idade pré-escolar.
 - Fornecer orientação nutricional aos responsáveis pelas crianças com idade pré-escolar.
 - Proporção de pré-escolares que possuem ceo-d=0
 - O pré-escolar recebeu aplicação de verniz fluoretado.
 - O pré-escolar está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia.
- Os Agentes Comunitários de Saúde foram capacitados para realizar a identificação de crianças para o programa, bem como o seu cadastramento e orientações a

serem dadas à comunidade. Os usuários foram informados sobre o atendimento prioritário às crianças de zero a seis anos de idade por meio de cartaz afixado na UBS, de avisos enviados pelos agentes comunitários de saúde e recados anexados na agenda dos alunos. A busca ativa foi realizada a critério do cirurgião-dentista durante vários momentos da intervenção com a finalidade de manter ou aumentar o fluxo de crianças ao atendimento odontológico da unidade, dando preferência sempre aos pacientes de alto risco à doença cárie.

Para o objetivo “Mapear as crianças da área de abrangência com risco para problemas de saúde bucal”, durante os atendimentos clínicos, as crianças foram classificadas quanto ao risco de voltarem a ter doenças bucais. Dessa forma, esses grupos foram priorizados nos procedimentos de escovação supervisionada e foram agrupadas para posteriormente serem utilizados em atividades preventivas tais como orientações nutricionais pelo profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

A escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, palestras e atividades lúdicas são rotinas adotadas pela a equipe de saúde a anos nas escolas do município, ou seja, foi realizada com periodicidade de 1 (uma) vez por semana durante toda a intervenção. Os alunos recebem no início do ano letivo uma escova de cerdas macias e utiliza na escovação supervisionada nos dias em que o cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal comparecem à escola, então: formam-se grupos de 05 (cinco) pré-escolares que, conduzidos ao escovódromo, realizam a escovação de frente ao espelho para que possam aprimorar sua higiene bucal sob supervisão. O creme dental fluoretado e o gel tópico de flúor fosfato acidulado (1,23%) são utilizados, exclusivamente, em pré-escolares com reflexo para “cuspir”. Após aplicação do flúor fosfato acidulado (1,23%) o pré-escolar é orientado a um período de 30 minutos sem ingerir líquidos ou alimentos.

Os indicadores foram progressivamente atualizados em uma tabela no Microsoft Excel e no final da intervenção foram criados gráficos para o aprimoramento das ações curativa, de promoção e prevenção de saúde dos pré-escolares do município de Pinhalzinho SC.

Na CEIM Amigo da Infância além do exame inicial, foi realizado após seis meses o fim da intervenção (julho de 2013) um exame final, a avaliação seguiu o mesmo critério do exame clínico inicial.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo dos últimos anos, o município de Pinhalzinho, através da Secretaria Municipal de Saúde e em parceria com os governos estadual e federal, vem desenvolvendo diversas ações voltadas à melhoria das condições de saúde de sua população: grande ampliação do acesso aos serviços, aumento do número de profissi-

onais de saúde, e melhora gradativa das condições de trabalho para as diversas áreas, potencializando a quantidade e a qualidade do atendimento em saúde. Esta evolução das ações em saúde renderam ao município, reconhecimento nacional. Segundo levantamento de saúde da FIRJAN, Pinhalzinho ocupa a sétima posição em qualidade de saúde no estado de Santa Catarina e 82º lugar em nível nacional. A avaliação proposta pelo IDSUS, qualifica o nível da saúde pública pinhalense acima da média estadual e nacional²⁷. Com isso panorama torna-se viável o aprimoramento constante do programa saúde na escola e de promoção de saúde no município de Pinhalzinho, sendo que o aprimoramento e ajustes do programa ao município é esperado ao longo dos anos.

Os dados obtidos após um levantamento epidemiológico são essenciais para o planejamento e execução dos serviços médicos e odontológicos, além de capacitarem os profissionais e estudantes para interpretar os resultados obtidos na sua própria cidade ou estado de forma significativa²⁴.

Possibilitar a participação ativa do aluno no processo de aprendizagem, propiciando o desenvolvimento contínuo das habilidades humanas tanto dos pacientes quanto dos profissionais da área da saúde é de grande importância²⁰.

A ação educativa é que estimula a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua participação real através do controle social. O fim da ação educativa é a transformação. Esta ação, como área do conhecimento, contribui de forma decisiva para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. A sua clientela compõe-se de profissionais de saúde, grupos sociais e população em geral. Conceituamos a Educação em Saúde como “um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico que no âmbito das práticas de atenção à saúde, deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde.”²⁰

Pereira A. L. (2003) indica vários recursos para a educação, tais como: a palavra falada, que será empregada como método auxiliar em todas as atividades lúdico-educativas utilizadas no decorrer do estágio; a palavra escrita, que corresponde aos panfletos para os pais e alunos de higiene bucal e geral. A brincadeira é a atividade mais típica da vida humana, por proporcionar alegria, liberdade e contentamento. A partir da afirmação de vários autores, a utilização de jogos e brincadeiras lúdicas são um meio auxiliar de extrema importância nos processos de educação e aprendizado, justificando-se como estratégia a ser implementada entre escolares para a fundamentação do conhecimento²⁰. Além do conhecimento adquirido, este método proporciona outros benefícios¹⁶ “O significado da atividade lúdica para a criança

está ligado a vários aspectos: o primeiro deles é o prazer de brincar livremente; segue-se o desenvolvimento físico que exige um gasto de energia para a manutenção diária do equilíbrio, do controle da agressividade, a experimentação pessoal em habilidades e papéis diversificados, a compreensão e incorporação de conceitos, a realização simbólica dos desejos, a repetição das brincadeiras que permitem superar as dificuldades individuais, a interação e a adaptação ao grupo social, entre outros”.

Um estudo feito por Delfes (2004) avaliou a influência da educação e orientação em saúde bucal sobre o Índice de Higiene Oral (IHO) em pré-escolares, os resultados encontrados foram positivos, uma vez que o grupo experimental teve uma redução no IHO, confirmando ser a motivação/orientação um fator fundamental na criação e desenvolvimento de hábitos corretos de higiene oral⁹.

Motivar os pacientes na realização de hábitos de higiene bucal sempre representou desafio para a odontologia. Adquirir hábitos saudáveis de higiene bucal durante a infância tem se demonstrado eficaz na manutenção da saúde bucal. Na faixa etária de 4 a 7 anos, traduz-se pela época em que a criança adquire hábitos de higiene bucal saudáveis, pois modelos de comportamento aprendidos nessa idade são profundamente fixados e resistentes a alterações¹¹.

Recomendam-se jogos e dinâmicas como excelentes meios favorecedores de aprendizagem, proporcionando à criança uma diversidade de experiências e estímulos e tudo isso ajudará no desenvolvimento da cognição, autocontrole e autodomínio¹¹.

Apesar de todo desenvolvimento tecnológico da Odontologia, a cárie dentária continua sendo um grave problema. É uma doença de origem bacteriana e pode ser definida como uma destruição localizada dos tecidos dentais causada por ácidos, produzidos pelas bactérias, esse processo pode ser compensado pela capacidade tampão da saliva e pela presença de flúor, o que gera um equilíbrio no processo de desmineralização e de remineralização². É indiscutível que a cárie representa a doença mais prevalente na cavidade bucal, podendo atingir os indivíduos em qualquer etapa de sua vida. Outras doenças também ocorrem com certa frequência e merecem atenção especial na prevenção e reabilitação como: doença periodontal, oclusopatias, traumas dento - alveolares⁸.

Em outros estudos, as maiores reduções de cárie foram encontradas com a escovação supervisionada, o que confirma a importância da escovação com dentífrico fluoretado no controle da cárie dental⁷.

Esta doença tem um caráter multifatorial, sendo necessária a interação de três fatores essenciais para que a mesma apareça. São eles: um hospedeiro com tecidos suscetíveis (dentes) colonizados por micro biota com potencial cariogênico, consumindo com frequência uma

dieta rica em sacarose. Além desses fatores são necessárias condições críticas e certo período de tempo. Estes aspectos biológicos relacionados com a doença são os mais estudados e provavelmente serão os mesmos em qualquer população do mundo. Porém, “*o entendimento de que o processo saúde-doença nos vários grupos populacionais resulta das condições socioeconômicas a que são expostos*”¹⁴, nos remete a compreensão destas condições como também determinantes do processo doença-cárie e com certeza diferente nas populações estudadas.

Constatou-se que existe correlação positiva entre uma dieta composta por açúcares e a presença de cárie. Dentre os açúcares, a sacarose é considerada a mais cariogênica, por seu processo de metabolização através das bactérias do biofilme e capacidade de tornar o meio ambiente bucal mais ácido. As condições alimentares da amostra em relação à frequência diária de ingestão (4 vezes ou mais por dia), a consistência pastosa dos alimentos e o consumo de açúcares na dieta foram verificados no grupo que possuía maior valor do índice ceo-d¹.

A cárie dental é uma doença infecto contagiosa, crônica, de progressão lenta que se estabelece na boca muito antes do aparecimento dos seus sinais clínicos (as lesões). As lesões são reconhecidas por uma perda localizada de minerais dos dentes afetados, causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta. Estas lesões podem afetar o esmalte, a dentina e o cimento. Na análise microscópica a progressão da doença dificilmente afeta única e exclusivamente um dos tipos de tecidos dentários. Ainda que apenas no esmalte, alterações dentinárias e pulpares podem ser detectadas numa cárie incipiente.

O gel flúor ou flúor fosfato acidulado e os vernizes tópicos devem ser aplicados em pacientes com alto risco de cárie (por exemplo, em pacientes com história de alta atividade de cáries ativas e/ou crônicas; pacientes sob irradiação de cabeça e pescoço ou sob medicamentos que diminuem o fluxo salivar¹². Ele é usado na Odontologia já há muito tempo, aproximadamente um século, podendo ser empregado de diferentes formas conforme os modos preventivos nos diversos níveis de risco de cárie, ou ainda de acordo com a necessidade de tratamento desta doença e outras alterações como hipersensibilidade dentinária. Por muitos anos, o efeito preventivo dos fluoretos foi atribuído à redução da solubilidade do esmalte, resultante da incorporação do flúor na apatita, característica do processo de remineralização do mecanismo DES x RE. Sabe-se que os agentes fluoretados têm como principal produto formado o CaF₂, armazenado como um reservatório de flúor que pode ser dissolvido no momento em que ocorre queda do pH durante os processos de desmineralização¹², além de apresentar atividade antimicrobiana e reduzir a capacidade de ade-

são das bactérias à superfície do dente¹², lembrando que o flúor está presente também nas pastas de dente convencionais, no entanto em menos concentração que o gel flúor ou flúor fosfato acidulado usado pelo profissional cirurgião dentista.

Outro problema relevante na cavidade oral traduz-se pela alta ocorrência de oclusopatias. A face do ser humano, juntamente com a sua dentição funcionam harmonicamente e têm fundamental importância na fala e na capacidade de comunicação. Assim, o tratamento das oclusopatias e das desarmonias oclusais deveria ser considerado dentro da área de atenção dos serviços de saúde pública, em decorrência das implicações fisiológicas integradas da boca¹⁰. Além disso, Shaw et al. admitiram ser as oclusopatias responsáveis por algum transtorno na personalidade, causados por apelido, gozação, ridicularização e insulto, que podem predispor a uma baixa autoestima e à alienação social¹⁰.

As modificações iniciais na fonação, deglutição, respiração bucal (RB), sucção de dedo e de chupeta são considerados sinais clínicos iniciais de futuras más-oclusões¹⁰, relacionou também a frequência de mordida cruzada com a RB¹⁰.

Com base nesses fatos, o tratamento precoce e a orientação das crianças e responsáveis sobre os hábitos deletérios fazem-se necessárias¹⁰.

A adequação bucal é um conjunto de medidas que leva ao controle da doença cárie. Faz parte da filosofia atual de promoção de saúde, que visa não só à vedação das cavidades cariosas, como também ao controle da atividade cariogênica. A adequação do meio bucal apresenta as seguintes etapas: 1. Identificar, remover e/ou controlar os fatores da doença; 2. Fazer o controle de placa bacteriana através da higiene da cavidade bucal; 3. Remover parcialmente o tecido cariado e promover imediato preenchimento da cavidade com material restaurador provisório. Todos os passos devem ser realizados em tempo máximo de um mês, quando verificado uma queda no risco e/ou atividade de cárie¹⁷.

O conhecimento do estado de saúde ou doença de uma população é fundamental para se estabelecer um planejamento de atuação em saúde. No Brasil, a Lei 8.080 de 19/09/90, conhecida como lei orgânica de saúde, determina a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação dos recursos e a orientação programática”²¹.

Realizar um levantamento adequado para a realidade de cada região ou país promove uma correta compatibilização entre as aspirações dos que buscam conhecer com detalhes a situação da saúde da comunidade sob seus cuidados e os recursos físicos, humanos e financeiros movimentados pelo setor odontológico²².

Um fator usado para diminuir a discrepância entre os resultados obtidos em uma pesquisa é a calibração dos examinadores. Tenta-se com isso aproximar-se ao má-

ximo dos critérios estabelecidos para os índices adotados no estudo, os resultados do mesmo podem dar ou não maior confiabilidade aos levantamentos²².

Avaliação dos indicadores e resultados obtidos na intervenção:

1) Ao longo da intervenção, foram examinados 71 escolares no ambiente escolar, o que totalizou cerca de 32% do total de escolares da área de abrangência.

2) 86 crianças receberam atendimento de primeira consulta nesses 4 meses de intervenção ou seja 40% das crianças com idade pré-escolar de zero a seis anos do ESF 2.

3) Tivemos um número de conclusões de casos bem próximas ao número de primeiras consultas, isso mostra a ótima resolatividade da intervenção.

4) No atendimento clínico tivemos poucas ausências desses pacientes durante o tempo de intervenção, transparecendo que as crianças e os responsáveis comprometeram-se com o atendimento, ao perceberem a importância da saúde bucal para a criança e para os demais membros da família. Os pacientes ausentes representaram apenas 3% do total de crianças cadastradas no programa. Notamos que do total de crianças que faltaram à consulta odontológica, 50% retornou após busca-ativa.

5) Cerca de 95% dos familiares receberam orientação de saúde bucal, durante o atendimento clínico ou quando realizei orientação de higiene bucal aos pais no colégio.

6) Do total de crianças menores de seis anos da área e cadastradas no programa 95% receberam a orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias .

7) Do total de crianças menores de seis anos da área e cadastradas no programa 97% das crianças pertencentes à área e cadastradas no programa estão com avaliação de risco em dia e com isso temos um parâmetro para trabalhar com grupo de risco.

8) Como rotina e quando conveniente, após concluir o tratamento e profilaxia, era realizada aplicação de verniz nos molares decíduos e permanentes, por isso em 52% dos pacientes foi aplicado verniz em todos molares.

9) Foram realizadas 13 orientações a atendimento especializado de 86 que realizaram primeira consulta ou seja 15% foram encaminhado para atendimento especializado: ortodontista, bucomaxilofacial, endodontista e médico especialista.

10) As faltas dos pacientes após primeira consulta programática foram muito raras, mostrando a ótimo adesão dos pacientes ao tratamento proposto.

A partir da intervenção, nota-se que a busca ativa favorece a procura de atendimento ao serviço de pacientes de alto risco. Sendo assim, ficou estipulado que este procedimento será adotado como rotina por todas as Equipes de Saúde Bucal/ESF de Pinhalzinho, fazendo

com que os resultados dessa intervenção refletissem diretamente no modelo de atenção do município.

Além disso, há a incorporação da Odontologia nas diversas ações da Unidade Básica de Saúde. Exemplifica-se, a conjugação das Equipes de Saúde Bucal às Campanhas de Vacinação realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, provendo exames clínicos bucais às crianças, bem como, aplicação de verniz fluoretado (5%) e profilaxias profissionais, quando indicadas.

A coordenação de saúde bucal, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde tem investido na aquisição de recursos lúdicos (jogos, bonecos, livros, DVD's) que redundam na ampliação das atividades educativas e promoção de saúde bucal.



Figura 3. Materiais para atividades lúdicas

A doença cárie pode ser prevenida, ou pelo menos significativamente controlada, com a intervenção sobre fatores etiológicos locais e ecológicos, ou seja, os fatores redundantes do prejuízo em saúde bucal. Neste contexto, o implemento, organização e sustentabilidade do PSE (Programa Saúde na Escola) trará fortes resultados sobre a qualidade de vida dos pré-escolares, a longo prazo.

Crianças necessitam de incentivo e atenção. Elas precisam sentir-se importantes, saber que alguém se preocupa com seu bem estar. Cientes disto, elas respondem com toda colaboração, executando com perfeição e cuidado todas as suas tarefas. Observa-se também que a orientação aos pais, professores, agentes de saúde torna multiplicador o incentivo e cuidados com a saúde oral, devido a extrema ligação que possuem com o público alvo: as crianças. Assim, dar-se-á continuação de todo o trabalho em casa, e os benefícios serão alcançados.

4. CONCLUSÃO

A intervenção descrita no presente texto propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde bucal de crianças de zero a seis anos, com uma grande evolução na integralidade de ações e resultados. É importante destacar o aumento considerável de atendimentos semanais de pacientes com faixa etária de zero aos seis anos e a alta

resolutividade que tivemos dos casos durante a intervenção. Nota-se que os atendimentos com enfoque familiar foram importantes para a criança adquirir hábitos saudáveis, sendo que as orientações de higiene bucal, alimentação saudável e de hábitos deletérios de sucção foram bem aceitas pelos responsáveis.

Os exames bucais periódicos nas escolas mostraram-se uma boa ferramenta para identificação e integração dos pacientes que mais necessitam de atendimento no sistema. A intervenção foi de extrema importância para mostrar a efetividade das ações, além de oportunizar indicadores às futuras ações e investimentos em saúde bucal, conforme evidenciado na Tabela 1.

Tabela 2. Composição do índice ceo-d em crianças de acordo com a faixa etária da Escola Amigo da Infância Pinhalzinho/SC, foi realizado em julho de 2013, ou seja 6(seis) meses após a intervenção.

Faixa etária	N	Cariado	Perdido	Obturado
3 anos	15	2	0	8
4 anos	20	0	0	7
5 anos	26	22	0	45

Comparando o exame antes da intervenção e 06(seis) meses após a intervenção notamos uma redução significativa do componente cariado e como consequência aumento do dos elementos dentais obturados, isso mostra que os pré-escolares e pais do CEIM Amigo da Infância comprometeram-se com o tratamento odontológico. A manutenção das obturações em boca demonstra que os mesmos comprometeram-se em realizar uma boa higiene bucal.

Os pré-escolares de alto risco da faixa etária de 3 (três) e 4 (quatro) anos, que geralmente não procuram atendimento, vieram e realizaram os procedimentos clínicos necessários sem qualquer “contratempo”.

No atendimento clínico, constataram-se poucas ausências durante o tempo de intervenção, transparecendo que as crianças e os responsáveis comprometeram-se com o atendimento, relevando a importância da saúde bucal para o “seio familiar”. Os pacientes ausentes representaram apenas 3% do total de crianças cadastradas no programa. Do total de faltantes, 50% retornaram após busca-ativa. O número de conclusões de casos bem próximas ao número de primeiras consultas demonstra considerável resolutividade clínica.

A intervenção mostrou que o “entrosamento” e a organização da equipe de saúde bucal culminam em evolução na forma de atenção à saúde dos usuários. Neste contexto, torna-se indispensável manutenção dos profissionais na equipe e a realização de reuniões periódicas. Destaca-se nesse aspecto, a importância do elo de confiança dos profissionais da equipe e da excelente interação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais extremamente importantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A intervenção possibilitou observar a importância da

busca ativa no alcance da equidade à saúde bucal, oportunizando acesso preferencial aos indivíduos que polarizam a prevalência da cárie dental. Ainda, a avaliação de risco dos pacientes demonstrou ser uma ferramenta útil para o planejamento de ações preventivas mais efetivas, trabalhando de forma multiprofissional com grupo de risco, por meio da abordagem de risco comum.

Portanto, o programa apresentado visou o enfrentamento da prevalência da doença cárie na amostra estudada, bem como estabelecer parâmetros e comparações futuras. Tendo seu planejamento e execução atrelada à Equipe de Saúde Bucal/ESF II, visando a promoção de ações odontológicas educativas, preventivas e curativas, com participação intersetorial e coletiva.

A intervenção foi de extrema importância na demonstração do impacto imediato das ações, além de propiciar indicadores aos gestores e usuários acerca da importância da manutenção de equipes profissionais capacitadas e atualizadas, bem como, dos investimentos em ações embasadas em estudos em longo prazo.

REFERÊNCIAS

- [1] Badalotti TS. Efeito de um programa de educação em saúde no perfil de saúde bucal de pré-escolares: uma experiência na rede pública de Porto Alegre, Brasil, *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*. 2013; 26(1):102-9.
- [2] Baratieri LN. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Santos, Quintessence, 2001; 739.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção à Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 60.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 92 – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- [6] Brasil. MS/Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009; 96 – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).
- [7] Chaves SCL, Vieira SLM. A efetividade do dentifício fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. *Rev Saúde Pública* 2002;36(5):598-606.
- [8] Da Costa CC. Avaliação da dureza e da morfologia do esmalte de dentes decíduos expostos a anti-histaminico e dentifício fluoretado: estudo in vitro. 2005.
- [9] Delfes RA. Influência da educação e orientação em saúde bucal sobre o índice de higiene oral em pré-escolares da Escola Municipal Arlindo Andretta-Colombo-PR. Curitiba; s.n; 2004.
- [10] Emmerich A, *et al.* Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mau-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004; 20(3):689-97.
- [11] Gitirana VF, *et al* Avaliação de programas de educação

- odontológico escolar em crianças de 4 a 5 anos de idade. *Rev. biociênc., Taubaté.* 2003; 9(4):47-51.
- [12] Jorge LC, Raggio DP. O Uso dos Vernizes Fluoretados. 2004.
- [13] Marziale MH, Mendes IAC. Promovendo saúde através da formação de recursos humanos: experiência da escola de enfermagem de ribeirão preto-usp, centro colaborador da OMS. *Rev. Latino-Americana Enfermagem.* 1997; 5(3).
- [14] Mendes EV. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco. 1993
- [15] Mesquini MA, Molinari SL, Prado IMM. Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no Ensino Fundamental e Médio. *Arq. Mud.* 2006;10(3):16-22.
- [16] Nallin CGF. O Papel dos Jogos e das Brincadeiras na Educação Infantil. 2005. 28 f. Monografia. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2005.
- [17] Oliveira L. Tratamento Restaurador Atraumático e Adequação do meio bucal. *RBO - Rio de Janeiro.* 1998; 55(2):94-9.
- [18] Organização Mundial de Saúde. Carta Magna 7 de abril de 1948.
- [19] Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa, Canadá 1986.
- [20] Pereira AL. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2003; 19(5):1527-1534.
- [21] Pereira AC. Odontologia em saúde bucal coletiva: planejamento, ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed. 2003; 15:275-84.
- [22] Pinto VG. 2000. Saúde bucal coletiva. 4ª Ed. São Paulo: Editora Santos. 2000.
- [23] Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2003; 7(12):91-112.
- [24] Simões FG, Torres MF, Brancher JA. Avaliação clínica dos índices CPO-D e de Higiene Oral de crianças da rede pública de ensino na cidade de Curitiba. Curitiba Setembro de 2005.
- [25] Silveiro MR. 2005. Educação em saúde/Maria Regina Silvério, designer instrucional Daniela Erani Monteiro Will – Palhoça Unisul Virtual. 2005; 81.
- [26] Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2002; 105.
- [27] Zanoto G. O sucesso do “projeto sorrir não tem idade”, pela ESF III, no município de Pinhalzinho SC. Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da FAECO/CEUS como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública em 2013.

