

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CAMILA BENINI

**A ATUAÇÃO DO PSF JUNTO À FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE BUCAL INFANTIL:**

Uma proposta de intervenção

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS

2011

CAMILA BENINI

**A ATUAÇÃO DO PSF JUNTO À FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE BUCAL INFANTIL:**

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.

Orientadora: Professora Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS

2011

CAMILA BENINI

**A ATUAÇÃO DO PSF JUNTO À FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL
INFANTIL:**

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.

Orientadora: Professora Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Banca Examinadora:

Prof^a. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira - orientadora

Prof^a. Rafaela da Silveira Pinto

Aprovada em Belo Horizonte 10/12/2011

AGRADECIMENTOS

À Deus por esta oportunidade e pelo força, permitindo que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais e ao meu esposo pela compreensão, pela força, pelo incentivo e apoio incondicional durante todos os momentos.

Às minhas tutoras, pelo auxílio e atenção dispensados durante o curso.

À minha orientadora, que me ajudou a tornar possível a realização deste trabalho.

RESUMO

Diante da atual situação da saúde bucal apresentada pelas comunidades São José e Menino Jesus pertencentes à Estratégia Saúde da Família 2 no município de Astolfo Dutra, o objetivo deste trabalho é elaborar um Plano de Ação com ações educativas de promoção e prevenção em saúde bucal direcionadas à população infantil destas comunidades. Foi realizada previamente uma revisão de literatura sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde bucal. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos em publicações nacionais a partir do ano de 1997 e que abordassem a temática explicitada. Foram pesquisadas publicações acessíveis na biblioteca virtual de saúde, no site do Ministério da Saúde e artigos científicos disponíveis na base de dados Scielo, LILACS entre outros. O plano de ação proposto busca trabalhar a família em sua unidade, através de ações multi e interdisciplinares, aproveitando o momento gestacional e o puerpério para melhorar o nível de informação da família e estimular o autocuidado e o cuidado com as crianças em saúde bucal. A perspectiva é que, por meio da informação, possamos num primeiro momento reduzir a incidência de cárie na população infantil, e futuramente, esperamos gerar uma população adulta com saúde bucal satisfatória.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Promoção da Saúde, Programa de Saúde da Família, Cárie Dentária.

ABSTRACT

Given the current state of oral health communities presented by St. Joseph and Baby Jesus belonging to the Family Health Strategy 2 in the city of Astolfo Dutra, the objective of this work is to develop an Action Plan with educational activities to promote oral health and prevention aimed at child population of these communities. It was previously carried out a review of the literature on the determinants of oral health and conditioning. Inclusion criteria of articles were articles in national publications from the year 1997, which addressed the theme explicit. Publications surveyed were accessible virtual library on health, the website of the Ministry of Health and available scientific articles in database SciELO, LILACS and others. The proposed action plan seeks to work in your family unit, through multi-and interdisciplinary actions, seizing the moment pregnancy and the postpartum period to improve the level of information and encourage family self-care and child care in oral health. The perspective is that, through information, we can at first reduce the incidence of caries in the child population, and in the future, we hope to generate a population of adults with oral health satisfying.

Keywords: Oral Health, Health Promotion, Family Health Program, Dental Caries.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição da população segundo faixa etária	26
QUADRO 2 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema cárie dentária na população infantil	30
QUADRO 3 – Recursos críticos	34
QUADRO 4 – Proposta de ação para motivação dos atores	36
QUADRO 5 – Plano operativo	39

LISTA DE SIGLAS

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Justificativa	11
1.2	Objetivo	12
2	DESENVOLVIMENTO	13
2.1	Revisão de Literatura	13
2.1.1	<i>A Estratégia Saúde da Família: uma reorientação da atenção à saúde</i>	13
2.1.2	<i>Saúde</i>	15
2.1.3	<i>Cárie Dentária</i>	16
2.1.4	<i>Educação em Saúde Bucal</i>	18
2.1.5	<i>O papel de cada componente da ESF na Saúde Bucal</i>	21
2.2	Metodologia	24
2.3	Plano de Ação	25
2.3.1	<i>Aspectos Locais</i>	25
2.3.2	<i>Aspectos Operacionais</i>	27
3	CONCLUSÕES	42
	REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, tem como uma de suas principais bases as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família. Levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e seguindo a linha atual da saúde pública, o Ministério da Saúde, em 2000, através da *Portaria nº 1.444*, incorporou oficialmente o cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. A partir deste momento a Odontologia tem procurado se inserir neste contexto preventivo, objetivando, desta forma, se enquadrar na promoção da qualidade de vida da população através de cuidados com a saúde bucal.

A partir dos inquéritos epidemiológicos realizados em Saúde Bucal no Brasil, verifica-se que a cárie dentária, juntamente com a doença periodontal, constitui uma das doenças mais prevalentes em odontologia, estando seus índices acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A prevalência e a incidência dessas patologias vêm sendo associadas a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas como resultado de interações biológicas na placa bacteriana dentária.

No Município de Astolfo Dutra a realidade em saúde bucal não é diferente. Segundo o último inquérito epidemiológico realizado em 2010, o índice CPOD (que mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados) na faixa etária de 6 a 14 anos foi de 2,82, enquanto que o CPOD recomendado pela OMS aos 12 anos para o ano correspondente era menor do que 1. O que tem sido observado neste município é que as crianças já estão com a saúde bucal comprometida quando iniciam a vida escolar.

Visando mudar este quadro, o grande desafio da Odontologia atual é atuar educativamente junto à população, fornecendo a ela informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais.

1.1 Justificativa

A importância deste trabalho é promover uma melhoria das condições de saúde bucal da população infantil, e conseqüentemente na sua saúde geral, através de ações educativas que irão atuar na prevenção e promoção da saúde bucal. A introdução precoce de hábitos de higiene bucal permitirá às crianças desenvolver e crescer com saúde bucal. Além de promover uma reorientação dos hábitos de toda a família, a conseqüência futura deste trabalho será uma população adulta com condições de saúde bucal satisfatórias e que permitam o seu desenvolvimento com qualidade de vida.

1.2 Objetivo

Este trabalho tem como objetivo elaborar um Plano de Ação com ações educativas de Prevenção e Promoção de Saúde Bucal para a população infantil das Comunidades São José e Menino Jesus, adscritas à Equipe de Saúde da Família (ESF) 2 do município de Astolfo Dutra.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Revisão de Literatura

2.1.1 A Estratégia Saúde da Família: uma reorientação da atenção à saúde

O processo de construção do SUS se desenvolveu sobre os princípios definidos pela Constituição Federal de 1988, sendo eles a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. O modelo assistencial tradicional caracterizava-se pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, pela prática técnico-biologicista, pelo individualismo e pela baixa resolubilidade. Em síntese, esse modelo se caracterizava como caro, ineficiente e desumano, pois não atendia às necessidades da população. Frente a esse contexto, o Ministério da Saúde propõe, em 1994, uma reorientação do modelo assistencial vigente no Brasil, através da implantação do Programa Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O PSF surge como uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, caracterizado por uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASÍLIA, 2007). Essa nova prática requer, portanto, uma atitude de coresponsabilidade, isto é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam, por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e da coletividade (AERTS, 2004).

A Estratégia Saúde da Família tem como foco a família e a comunidade, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural. É desenvolvida por meio de práticas sanitárias de vigilância à saúde, apresentando uma característica de ação inter e multidisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, e responsabilidade integral sobre uma população de uma área bem delimitada. A ESF constitui-se de uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades características da atenção primária. Neste modelo a Unidade de Saúde da Família deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde e deve assegurar o atendimento do usuário em sua integralidade (BRASÍLIA, 1997).

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, através da *Portaria nº 1.444*, incorporou oficialmente o cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. Sua integração ao PSF veio como uma possibilidade de romper com os modelos assistenciais até então vigentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. (SOUZA e RONCALLI, 2007). De acordo com a constituição da equipe de saúde bucal, existem duas modalidades: com um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (ASB) (modalidade I) e, além desses, um técnico em higiene dental (TSB) (modalidade II) (AERTS, 2004).

O trabalho da equipe de saúde bucal (ESB) é promover uma reorientação das práticas individuais e coletivas, através de mudanças tanto do perfil dos profissionais como do ambiente de trabalho, reforçando a relevância do trabalho em equipe e da participação da comunidade (Caderno de Atenção Básica nº 17 do MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Odontologia vem evoluindo nos últimos anos de um enfoque curativista para os problemas de saúde bucal para um processo de saúde-doença mais dinâmico, cujo enfoque principal é a promoção de saúde bucal, através de ações educativas e preventivas. Isto faz com que as medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para reduzir e/ou evitar as seqüelas das doenças bucais mais prevalentes, assim como reduzir os custos de tratamento destas (ALVES, 2008).

2.1.2 Saúde

O conceito de saúde vem sendo rediscutido nas últimas décadas, ampliando o foco do binômio saúde/doença para uma dimensão que inclui aspectos biopsicossociais dos fenômenos humanos. A OMS define saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Este conceito traz uma nova visão sobre saúde, desconstruindo o conceito de saúde do modelo biologicista, centrada nos aspectos biológicos do indivíduo. Segundo GUARIENTI, BARRETO e FIGUEIREDO (2009), a saúde é produto da interação do indivíduo com a família, cultura, estrutura social e desenvolvimento físico.

A concepção de saúde e doença de uma determinada sociedade é resultante de um conjunto de crenças que vai se formando sobre estes fenômenos ao longo do tempo, fruto de experiências individuais e coletivas (PINTO, 2009). Os conceitos sobre saúde/doença são fortemente influenciados por valores culturais e estão associados à qualidade de vida do indivíduo. De acordo com a OMS, qualidade de vida é definida como *a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. Na qualidade de vida, três fatores são importantes: capacidade funcional, percepção de bem estar (satisfação com a vida e condição de saúde) e sintomas físicos. (ABREU, PORDEUS, e MODENA, 2005).

De acordo com PINTO (2009), o estado de saúde das pessoas é resultante das suas condições de vida, bem como das relações sociais decorrentes dessas condições e a autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoas faz de suas experiências de saúde e estados precários de saúde. Logo, a necessidade percebida por cada indivíduo depende de suas crenças e conhecimentos, assim como de valores atribuídos à saúde perdida. Por isso é importante conhecer o território onde a equipe atua, suas características sócio-econômico-culturais para, assim, traçar o perfil da população e planejar as ações de saúde de acordo com a necessidade local, familiar e individual.

A saúde bucal é, conforme a II Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em 1993, “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação,

renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, serviços de saúde e informação.” A expressão “*saúde bucal*” assume, de modo geral, um significado equivalente a um conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhes pareçam adequadas e lhes permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com NARVAI (2006), as condições de saúde bucal e, em especial, o estado dos dentes, são um dos mais significativos sinais de exclusão social e o seu enfrentamento exige, além de ações assistenciais, políticas intersetoriais e ações integradas preventivas, curativas e reabilitadoras, dando enfoque na promoção de saúde.

2.1.3 *Cárie Dentária*

A cárie dentária é considerada uma doença crônica, infecto-contagiosa, multifatorial, desencadeada por três fatores individuais primários: microorganismos cariogênicos, substrato cariogênico (dieta) e hospedeiro (ou dente) susceptível. É resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários a partir da produção de ácidos por bactérias quando da metabolização de carboidratos oriundos da dieta, em especial a sacarose (ALVES e VASCONCELOS, 2008). Entretanto, é importante ressaltar que a cárie não é um evento único, mas sim um efeito da acumulação de eventos, um processo que ocorre por um período de tempo. É resultante de um desequilíbrio freqüente do processo de desmineralização e remineralização durante um determinado tempo (LIMA, 2007).

De acordo com ALVES e VASCONCELOS (2008), os principais microorganismos causadores da cárie são os *Streptococcus* do grupo *mutans*. Eles estão relacionados com a colonização da superfície dentária, desencadeando o processo, enquanto que a progressão da

lesão envolve outros microorganismos, os *Lactobacilos*. Ambos são responsáveis pelo metabolismo de carboidratos fermentáveis obtidos a partir da dieta, sendo o ácido resultante da fermentação que irá causar a desmineralização do esmalte. É importante ressaltar que, a colonização da cavidade bucal do ser humano inicia-se logo após o nascimento e continua por toda a vida. No início, quando as crianças ainda não possuem dentes, somente as superfícies mucosas como o palato (céu da boca), rolete gengival, dorso da língua e mucosa jugal são susceptíveis à colonização. Com o irrompimento dos dentes, ocorre um aumento significativo na natureza e número de sítios disponíveis para a aderência e efetivo estabelecimento do *Streptococcus mutans*, visto que o dente oferece um novo micro-ambiente ao possuir uma superfície dura e não descamante. Já é comprovado que a transmissão desta microbiota cariogênica se processa, também, de forma vertical, pelo contato da criança com o ambiente familiar, sendo as mães as maiores e principais fontes de infecção. As atitudes que possibilitam a transmissão consistem em: uso em comum de talheres, soprar a comida para esfriar, beijos nos lábios e uso em comum de escovas. Quanto mais precoce for a colonização da cavidade bucal pela microbiota cariogênica, maior será o risco de desenvolver lesões de cáries, daí a importância de alertar os pais quanto às vias de infecção, para que tais práticas possam ser evitadas.

A cariogenicidade da dieta é determinada pela presença de carboidratos, principalmente a sacarose, que serve como substrato para que os microorganismos produzam polissacarídeos extracelulares que serão importantes na formação da placa dentária e, também, na produção de ácidos que irão promover a desmineralização do esmalte (LIMA, 2007). A sacarose é o alimento cariogênico mais importante e mais utilizado pelo homem. Outros açúcares com potencial cariogênico são a glicose e a frutose, encontrados no mel e nas frutas (ALVES e VASCONCELOS, 2008). Outros fatores que também irão influenciar na cariogenicidade dos alimentos são a consistência, a frequência na sua ingestão e o período em que esse alimento permanece na boca. A escovação dos dentes logo após a alimentação reduz o seu tempo de permanência na boca e, conseqüentemente, sua potencial cariogênico (LIMA et al, 2006). É importante ressaltar que hábitos alimentares adquiridos na infância influenciam fortemente o padrão alimentar durante os anos subseqüentes, podendo, inclusive, tornar-se permanentes, daí a importância de retardar ao máximo a introdução do açúcar na dieta da criança. O Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Pan-americana da Saúde, através do documento intitulado *Dez Passos da Alimentação Saudável: Orientação para Criança Menor*

de 2 Anos, afirma ser desnecessária a utilização do açúcar, podendo essa ser evitada nos dois primeiros anos de vida (BRANDÃO et al, 2006).

É importante ressaltar que, a dieta, assim como os microorganismos, são considerados fatores participativos e não determinantes na etiologia da cárie. Isto porque, o processo fisiológico de desmineralização e remineralização que ocorre pela metabolização dos alimentos após a ingestão de uma dieta cariogênica, se dá durante um determinado tempo, até que a ação remineralizante da saliva paralise o processo, não determinado uma lesão de cárie, mas sim uma simples desmineralização. Portanto, para que a lesão ocorra é necessário um desequilíbrio freqüente no processo de des-remineralização durante um período de tempo determinado (LIMA, 2007).

O conhecimento do processo de desenvolvimento da cárie é de extrema importância e demonstra que a lesão de cárie não é uma fatalidade e sim uma doença infecciosa e transmissível que pode ser evitada, desde que as medidas de prevenção sejam respeitadas. Por isso medidas educativas direcionadas à família são importantes, pois o comportamento dos filhos dependerá fundamentalmente do conhecimento e das práticas realizadas pelos seus membros, principalmente pela mãe (GUIMARÃES et al, 2004).

2.1.4 Educação em Saúde Bucal

Para atingir um resultado satisfatório na redução da cárie dentária, é necessário investir em ações de prevenção, promoção e educação em saúde bucal, provendo a população de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos de promoção e manutenção da saúde, transcendendo a oferta de serviços de ordem apenas curativa. A política de saúde bucal para a rede pública deve estar engajada nestes princípios para que se construa uma consciência sanitária, a fim de desenvolver o processo de controle social da mesma. A promoção e manutenção da saúde de uma comunidade dependem da sua realidade sócio-comportamental. A conduta das pessoas frente à manutenção da saúde bucal é condicionada pelo conhecimento que as mesmas possuem sobre os procedimentos adequados para tal (GUARIENTI,

BARRETO e FIGUEIREDO, 2009). Através da capacitação da população para assumir a solução dos seus problemas de saúde estamos permitindo a ela que exerça o autocuidado, que é definido como a “atenção e a ação que se exerce sobre si mesmo para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre em escolher ferramenta para sua realização”. O autocuidado que uma população exerce sobre si resulta em saúde e qualidade de vida para a mesma (FEIXINHO et al.).

De acordo com UNFER e SALIBA (2000), a percepção da população dos problemas bucais deixa claro que a doença cárie dentária é reconhecida principalmente pela dor ou pela cavitação no dente e a perda dentária é tida como uma fatalidade ou um fato inevitável. Por isso, para reverter o quadro atual de saúde bucal, é preciso esclarecer à população a complexidade do processo saúde-doença bucal, enfatizando que, no caso da cárie dentária, o aparecimento da doença ocorre antes dos sinais visíveis de lesão ou de sintomatologia dolorosa, salientando a possibilidade da intervenção precoce e de controle dos problemas bucais.

O processo educativo em saúde bucal deve ser entendido como agente transformador de comportamentos, essencial para a aquisição e manutenção da saúde (SILVA et al, 2008). A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores. Para promover essa mudança de comportamento do paciente, é preciso motivá-lo. A motivação humana é muito complexa e está baseada em uma combinação de expectativas, idéias, crenças, sentimentos, esperanças, atitudes, valores que iniciam, mantêm e regulam o comportamento. A motivação é uma poderosa ferramenta para promover a saúde bucal da população, melhorando a qualidade de vida da mesma, e deve ser trabalhado junto aos indivíduos o mais precocemente possível, assim que iniciar o desenvolvimento da capacidade de compreensão. A motivação é muito mais importante do que as técnicas de prática de prevenção em si, pois se o paciente não tiver consciência de que a higienização é importante para si, não adianta educá-lo na maneira de escovar. É importante ressaltar que a educação do paciente deve ser realizada a longo prazo, pois apenas uma sessão de motivação não resulta em mudanças de hábitos e atitudes que levam o indivíduo a desenvolver técnicas preventivas de maneira responsável e espontânea. (DITTERICH et al,2007).

No caso específico da promoção de saúde bucal em crianças, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância da saúde bucal para a saúde geral de

seus filhos. É importante enfatizar a co-responsabilidade dos pais na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos, uma vez que é comum os pais transferirem para o dentista toda a responsabilidade de promover sua saúde bucal. Através do processo ensino-aprendizagem, os responsáveis vão assumindo o papel de dentista de todos os dias. Esse processo precisa ser desenvolvido de maneira prazerosa, despertando na população-alvo a vontade de aprender e estimulando o desejo de alcançar os resultados visados, que são as mudanças ou melhora dos hábitos de higiene e dieta. O profissional deve ser cauteloso ao abordar o paciente, respeitando o fato de que as pessoas têm seus valores e prioridades, que estes são formados muito lentamente e só serão reformulados de modo lento. É importante motivar os pacientes a quebrar os círculos viciosos, libertando-os dos mitos de que os dentes são órgão descartáveis. Deve-se evitar a imposição de conceitos. Neste processo educativo, um fator de real importância é a criação de vínculo entre as ações de saúde, o pensar e o fazer cotidiano da população (ALVES, VOLSCHAN e HASS, 2004). Segundo MOREIRA et al (2002), pais devidamente orientados tornam-se colaboradores na promoção e prevenção da saúde bucal, agindo como agentes multiplicadores de conhecimento em suas comunidades.

De acordo com SILVA et al (2008), bons hábitos de higiene bucal são comuns quando valores de saúde bucal são aceitos como parte do estilo de vida da família, sendo o exemplo da mãe fundamental para que seus filhos adquiram bons hábitos. Portanto, a participação da mãe é muito importante nos programas de saúde bucal de seus filhos, visto que os hábitos de higiene bucal das crianças dependem da supervisão materna. O estabelecimento de práticas diárias de hábitos que geram saúde depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar, pois em qualquer sociedade, a família é uma unidade social e também uma unidade funcional básica de saúde. Em seu estudo, Silva verificou que os pais ou responsáveis pelas crianças possuem conhecimentos inadequados sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância.

Em consonância com o autor acima, temos GUARIENTI, BARRETO e FIGUEIREDO (2009), que observaram que a maioria dos pais acredita que a cárie dentária é uma doença, contudo há um desconhecimento por parte dos responsáveis acerca dos meios de transmissão de microorganismos cariogênicos através de hábitos corriqueiros entre pais e filhos, tais como beijo na boca da criança, utilização da mesma colher e limpar a chupeta com a boca, entre outros. Com relação à higiene bucal, a maioria dos pais acredita que a realização da mesma pode prevenir a cárie. Os mesmos ainda ressaltam que “a criança adquire seu próprio hábito

de escovação e de uso de fio dental através da observação direta e cópia do comportamento da mãe”.

A disseminação dos conhecimentos sobre os fatores etiológicos, meios de prevenção e controle das doenças bucais pelos profissionais de saúde, representa o principal objetivo educacional a ser alcançado e seu início deve ser precoce, através da orientação às gestantes e às mães, principalmente de recém-nascidos, pois estas são as principais responsáveis pelo desenvolvimento de hábitos em seus filhos. O conhecimento materno prévio sobre hábitos adequados de higiene bucal refletem em atitudes saudáveis para com seus filhos e dessa forma atua na redução da prevalência e incidência de doenças bucais, principalmente a cárie dentária (OLIVEIRA, BOTTA e ROSELL, 2010).

2.1.5 O papel de cada componente da ESF na Saúde Bucal

A saúde bucal da criança está contida no PSF e deve ser abordada como de responsabilidade de toda a equipe de saúde. Conceitualmente, a saúde bucal constitui um campo de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Desta forma, os temas e os problemas relacionados à saúde bucal devem fazer parte da rotina de trabalho de todos os membros da equipe. Os profissionais do serviço de saúde devem atuar sob uma concepção ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade, e a promoção de saúde seja objetivo central (LIMA, WATANABE e PALHA, 2006).

O cirurgião-dentista assume papel fundamental na promoção da saúde bucal, pois tem responsabilidades sociais, já que sua função na sociedade não se restringe apenas a tratar. Sua prática deve incorporar uma dimensão de educação em saúde, fornecendo informações, orientações e desenvolvendo habilidades de cuidado por meio de métodos que mobilizem o cuidado com a saúde bucal, buscando no paciente um colaborador e não apenas o alvo do programa de prevenção (ALVES e VASCONCELOS, 2008).

De acordo com AERTS, ABEGG e CESA (2004), o cirurgião-dentista tem um papel importante a assumir no auxílio das pessoas na identificação de crenças prejudiciais à saúde; no incentivo ao exame das bocas de crianças e adultos no domicílio para a detecção de problemas e na orientação sobre locais para buscar ajuda; na capacitação de agentes comunitários e auxiliares (ASB e TSB); no auxílio na educação continuada dos colegas; na atuação como educador em saúde bucal em equipes multidisciplinares e multiprofissionais; e em ações educativas e coletivas (grupos, escolas, conselhos locais de saúde, associações), relacionadas ao estilo de vida, ao uso de flúor na água e à orientação sobre a higiene bucal.

Em relação ao papel do agente comunitário de saúde, FRAZÃO e MARQUES (2009) relatam que sua ação tem por objetivo reforçar o vínculo entre a comunidade e o sistema de saúde, admitindo-se que possa contribuir para maior efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e assistência individual. Nas atividades de educação em saúde, a atuação do agente comunitário de saúde pode contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde, através da transmissão de informações e conhecimentos. Dessa forma, sua atuação eleva o domínio da população sobre informações e conhecimentos de saúde, contribuindo para aumentar suas habilidades no controle de determinantes de saúde. Ainda, o agente comunitário de saúde, ajuda a ESB na identificação das famílias mais vulneráveis que necessitam de ações mais específicas e na melhora do acesso e a utilização dos serviços básicos de saúde para evitar a assistência odontológica tardia e reduzir a necessidade de consultas de urgência. De acordo com estes mesmos autores, em um estudo anterior realizado no ano de 2006, o agente comunitário de saúde ocupa um lugar de destaque na promoção da saúde bucal, uma vez que atua na superação das barreiras de comunicação permeadas por confronto de valores e modelos explicativos, resultantes de relações de poder entre profissionais e usuários. Segundo KOYASHIKI, SOUZA e GUARANHANI, os agentes comunitários de saúde:

São como anjos que cuidam dos outros como se fossem membros de suas famílias e, com propriedade, se utilizam das tecnologias leves (a conversa, o acolhimento, a humanização, a escuta solidária, a mediação) e, dessa forma, ao darem uma nova forma ao ato de “cuidar”, acabam dando vida à produção de cuidado. (KOYASHIKI, SOUZA E GUARANHANI, 2008, p. 1352).

Na promoção e prevenção da saúde bucal, a atuação dos enfermeiros é de fundamental importância, pois eles atuam na orientação da população sobre as necessidades de mudanças e participação dos familiares e clientes usuários do sistema nesta mudança. Além disso, assim

como os médicos e agentes comunitários de saúde, os enfermeiros também agem orientando diretamente sobre os cuidados em saúde bucal. A educação em saúde funciona como um instrumento de trabalho da enfermagem voltado ao cuidado do cliente, a qual deve ser utilizada de modo a abranger o cotidiano da prática profissional, para que a efetividade e a adesão ao tratamento, pelo cliente, sejam encorajadas e entendidas como necessárias à obtenção de melhores condições de saúde bucal (MARCELINO e PARRILHA, 2007).

A cavidade bucal é excluída, pelos médicos, de sua área de competência, especialmente quando nos referimos a uma das doenças mais prevalentes, a cárie dentária. O médico pediatra é o primeiro profissional da área de saúde a se relacionar com a criança e sua família, possui maior contato com os mesmos durante os primeiros anos de vida e tem a confiança e receptividade dos pais em suas palavras e orientações. Tendo em vista o bem estar geral e a saúde integral da criança, é importante a interdisciplinaridade entre a Pediatria Médica e Odontológica. Os médicos pediatras, por acompanharem o desenvolvimento das crianças rotineiramente, desde o seu nascimento, estão em condições ideais para orientar os pais sobre os cuidados preventivos, incluindo hábitos dietéticos, higiene oral e uso de flúor, e também devem estar aptos a realizar algumas avaliações, detectando precocemente sinais de cárie, alertando os pais quando estes são identificados e encaminhando o paciente ao dentista (FREIRE, MACEDO e SILVA, 2000).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 17 do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), construir a interdisciplinaridade é um desafio posto às ESF no processo de trabalho em equipe. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância, é ter uma postura pró-ativa de proteção. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas ESF visa transpor o modelo de organização em que as práticas de saúde bucal eram desenvolvidas estritamente pelo cirurgião-dentista, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe. Deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade.

2.2 Metodologia

Foi realizada previamente uma revisão de literatura sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde bucal para embasar a elaboração das ações educativas de prevenção e promoção que irão compor o Plano de Ação. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos em publicações nacionais a partir do ano de 1997 e que abordassem a temática explicitada. Foram pesquisadas publicações acessíveis na biblioteca virtual de saúde, no site do Ministério da Saúde e artigos científicos disponíveis na base de dados Scielo, LILACS entre outros. Para elaborar o Plano de Ação este trabalho utilizará o Diagnóstico Situacional realizado no ano de 2010.

2.3 Plano de Ação

2.3.1 Aspectos Locais

Astolfo Dutra é um município localizado na Zona da Mata Mineira e possui cerca de 13.000 habitantes, distribuídos pela sede, dois distritos (Sobral Pinto e Santana de Campestre) e Zona Rural em uma área de 159Km² de extensão. Está localizada a 281quilômetros de Belo Horizonte e sua economia se baseia no setor de confecções de vestuários, atraindo para a zona urbana grande parte da população rural. Outros setores que se destacam na cidade é a indústria de produção de sucos e polpas e o comércio.

O governo atual tem procurado investir em projetos sociais, contando, neste momento, com o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), que desenvolve alguns trabalhos com as crianças do município, e também, com os idosos, através do Centro de Convivência da Terceira Idade. O Município possui ainda uma Creche Municipal, localizada na área de abrangência da ESF 2, atendendo às crianças de toda a cidade. Ela foi inaugurada 7 de Fevereiro de 2011.

Outros projetos também vêm sendo desenvolvidos através de Órgãos não governamentais, como a Pastoral da Criança e Fundações Espíritas, entretanto esses trabalhos são voltados em sua maioria para crianças e mães.

Na área de saúde Astolfo Dutra possui hoje o Hospital Olinto Almada, uma Policlínica Central e duas Unidades de Saúde da Família, sendo uma terminada e já em funcionamento, e outra em fase final de construção, onde funcionará a ESF 2. O município possui 4 (quatro) ESF. Estas equipes começaram a ser implantadas em 1997 e três delas estão localizadas provisoriamente na Policlínica até que suas sedes sejam construídas. Das quatro equipes apenas 3 (três) possuem ESB (todas modalidade I).

A ESF 2, que será objeto da intervenção proposta, foi criada em 1997 e atualmente está situada na Policlínica Municipal, onde aguarda a construção de sua sede, que está prevista para ser entregue em outubro de 2011. Ela atende às comunidades São José e Menino Jesus sendo constituída por 11 profissionais, distribuídos da seguinte forma:

- 1 Médica
- 1 Enfermeiro
- 1 Auxiliar em enfermagem
- 1 Dentista
- 1 Auxiliar em Saúde Bucal
- 6 Agentes Comunitários de Saúde

De acordo com dados obtidos a partir do SIAB (agosto de 2011), a ESF 2 possui no momento 1.000 famílias cadastradas, o que corresponde a 3.298 pessoas, distribuídas de acordo com a faixa etária da seguinte forma:

Quadro 1: Distribuição da população adscrita à ESF 2 segundo faixa etária

POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA 2, NO MÊS DE AGOSTO DO ANO DE 2011	
FAIXA ETÁRIA	NÚMERO
Menor 1 ano	29
1 a 4 anos	147
5 a 9 anos	197
10 a 14 anos	236
15 a 19 anos	279
20 a 49 anos	1.545
50 a 59 anos	359
60 anos e +	506
Total	3.298

FONTE: SIAB

Quanto à estrutura de saneamento básico podemos considerá-la bastante satisfatória, visto que ela cobre quase 100% da população destas comunidades (abastecimento de água – 100% de cobertura pela rede pública; esgoto -100% de cobertura pelo sistema público; destino do lixo - 99,9% coberta pela coleta pública). Quanto à moradia, 100% da população desta área possuem casas de tijolo e no que se refere à energia, 99,9% das famílias possuem energia

elétrica. Quanto ao tratamento da água no domicílio, 93,2% da população utiliza água filtrada, 4,8% trata a água através da cloração e apenas 2% utiliza água sem tratamento.

A ESF 2 tem buscado desenvolver atividades preventivas de saúde através de grupos operativos. As reuniões destes grupos são realizadas na Policlínica e também nas comunidades (em salões de igreja e áreas de recreação). Hoje são desenvolvidos grupos operativos com hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças (puericultura). Nas reuniões sempre estão presentes o enfermeiro, o agente comunitário de saúde e outro profissional convidado para abordar diferentes temas, como médico, dentista, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta. A equipe também realiza atividades de lazer, como caminhadas e festas. Além das atividades citadas acima a equipe também desenvolve grupos com fumantes e usuários de drogas. No início, quando estes grupos começaram a ser feitos, houve uma certa resistência por parte da comunidade, contudo hoje ela tem se mostrado bastante interessada e participativa.

2.3.2 Aspectos Operacionais

Segundo CAMPOS, FARIA e SANTOS (2008), o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento. Ele orienta as ações da equipe que planeja e determina os objetivos a serem alcançados. Já o planejamento é uma forma de aproveitar melhor o tempo e os recursos disponíveis. É através dele que os objetivos são alcançados de uma maneira benéfica. O planejamento é um processo permanente que garante direcionalidade às ações, corrigindo os meios e os rumos, garantindo assim que os objetivos estabelecidos pelo plano sejam alcançados.

Para elaborar o plano de ação primeiro foi feito um levantamento dos principais problemas presentes na comunidade, estabelecendo desta forma o Diagnóstico Situacional das comunidades São José e Menino Jesus. Dentro deste os principais problemas identificados foram: drogas, falta de estrutura familiar, gravidez na adolescência, risco de LER aumentado,

elevado índice de cárie dentária. Após a identificação destes problemas, a ESB selecionou a cárie dentária como principal problema.

Conforme citado anteriormente, o inquérito epidemiológico realizado no ano de 2010 e utilizado na realização do Diagnóstico Situacional, o índice de CPOD foi de 2,82. Para realizar este inquérito foram selecionadas aleatoriamente (através de sorteio) 50 (cinquenta) crianças na faixa etária de 6 a 14 anos estudantes das três escolas públicas.

Para enfrentar este problema, a ESB se reuniu com o restante da equipe da Estratégia Saúde da Família e definiu como nós críticos:

- Nível de informação da população
- Nível de informação dos profissionais de saúde
- Hábitos alimentares da população
- Processo de trabalho da equipe de saúde bucal

Tal situação encontrada nas Comunidades São José e Menino Jesus é condizente com a realidade brasileira.

De acordo com PASCHOAL, BARDAL e TOMITA (2008) e FERREIRA et al (2010), o conhecimento dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal infantil ainda é escasso e/ou limitado, evidenciando a necessidade da implantação de programas educacionais de saúde bucal para bebês.

Outro fator importante observado no estudo realizado por SIMIONI, COMIOTTO e RÊGO (2005) foi que muitas mães, apesar de receberem informações sobre os cuidados com a saúde bucal de seus filhos no período gestacional, acabam se perdendo entre a intenção em fazer e a ação, mostrando assim a necessidade de acompanhamento da mãe, do bebê e do núcleo familiar também no período pós-parto.

Em relação ao nível de informação dos profissionais, FREIRE, MACÊDO e SILVA (2000) verificaram que, apesar de os médicos afirmarem que possuem conhecimentos sobre a etiologia e prevenção da cárie dentária e que repassam essas informações aos pais, apenas 24% destes consideram seu próprio nível de informação satisfatório. Isto revela a necessidade de um maior esclarecimento aos médicos pediatras em relação ao papel da dieta e da higiene

bucal no desenvolvimento da cárie dentária, para que informações mais corretas sejam repassadas aos pais.

Levando em consideração os achados relatados acima, os projetos para enfrentamento dos nós críticos definidos anteriormente serão elaborados em conjunto por toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família, pois integram a saúde da gestante/ do recém-nascido/ da criança e também da família. A seguir serão mostradas todas as etapas necessárias para o desenvolvimento do plano de ação, seguida pela tabela correspondente.

Após a priorização da cárie dentária como principal problema, a seleção e descrição dos nós críticos, o próximo passo é elaborar uma operação ou projeto para enfrentar e impactar cada nó crítico. Cada operação deve ser seguida dos resultados e produtos esperados, pois são eles que irão ajudar no monitoramento do plano de ação. Além disso, as operações necessitam também de recursos para serem realizadas, podendo ser eles econômico, organizacional, cognitivo e político.

Quadro 2: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema cárie dentária na população infantil

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Nível de informação da população	<p><u>Saber para Sorrir</u></p> <p>Aumentar o nível de informação da família (em especial da mãe) e dos cuidadores de crianças (nos caso da creche) sobre o processo de desenvolvimento e prevenção da cárie dentária e sobre como promover a saúde bucal em crianças na primeira infância.</p>	<p>Introduzir hábitos saudáveis de saúde bucal no ambiente de desenvolvimento da criança de forma a promover a saúde bucal infantil.</p>	<p>- Oficinas educativas para gestantes e cuidadores;</p> <p>- Visitas domiciliares pelo Cirurgião-dentista no 1º, 3º, 6º e 9º mês de vida da criança;</p> <p>- Acompanhamento regular (mensal) pelo ACS durante suas visitas de rotina.</p>	<p>- Organizacional: para organizar as oficinas e visitas;</p> <p>- Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>- Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e kit infantil de higiene bucal;</p> <p>- Político: articulação intersetorial</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Nível de informação dos profissionais de saúde</p>	<p><u>Saúde Bucal e a Multidisciplinaridade</u></p> <p>Capacitar toda a equipe da ESF para atuar na prevenção da cárie dentária e promoção da saúde bucal infantil.</p>	<p>Capacitar os profissionais de saúde de forma que eles possam atuar na prevenção da cárie dentária e promoção da saúde bucal infantil através do repasse de informações à família.</p>	<p>-Capacitação dos profissionais de saúde integrantes da equipe (ACS, enfermeiro, médico-principalmente o pediatra).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas; - Organizacional: para organizar as reuniões de capacitação; - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos; - Político: articulação e adesão dos profissionais de saúde.
--	---	--	---	---

Hábitos alimentares da população	<p><u>Sorriso Saudável</u></p> <p>Modificar hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal.</p>	<p>Retardar a introdução e/ou reduzir o consumo de açúcar por crianças na primeira infância.</p>	<p>-Oficinas educativas direcionadas à puérpere e cuidadores;</p> <p>-Programa “Manhã Saudável”, elaborado e ministrado pelo cirurgião-dentista e nutricionista, contando com a presença do enfermeiro e dos ACS.</p>	<p>- Organizacional: para organizar as oficinas e o programa;</p> <p>- Cognitivo: conhecimento sobre o tema e elaboração do programa;</p> <p>- Político: articulação entre os setores da saúde;</p> <p>- Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e alimentos para o programa “Manhã Saudável”.</p>
Processo de trabalho da equipe de saúde bucal	<p><u>Linha de Cuidado</u></p> <p>Implantar uma linha de cuidado em saúde bucal para crianças 0-3 anos, através do atendimento programado e de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal.</p>	<p>Cobertura de 80% da população de crianças de 0 a 3 anos.</p>	<p>-Priorização para o atendimento programado;</p> <p>-Elaboração do Programa “Dia do Sorriso”.</p>	<p>- Organizacional: para organizar o fluxo de atendimento e o programa;</p> <p>- Cognitivo: para elaboração do programa.</p> <p>- Financeiro: para a realização do programa.</p>

Depois de definirmos a operação ou projeto, assim como os resultados e produtos esperados, devemos escolher dentre os recursos necessários, aqueles que serão críticos para o desenvolvimento do plano, ou seja, que podem dificultar a colocação em prática e o resultado do plano de ação. Os recursos críticos são considerados indispensáveis para a execução de uma operação. A dimensão da transformação proposta pelo plano vai depender da disponibilidade destes recursos. Pelo fato deste recurso não estar disponível, é importante criar uma estratégia para que possamos viabilizá-los.

Quadro 3: Recursos críticos

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
<p><u>Saber para Sorrir</u></p> <p>Aumentar o nível de informação da família (em especial da mãe) e dos cuidadores de crianças (nos caso da creche) sobre o processo de desenvolvimento e prevenção da cárie dentária e sobre como promover a saúde bucal em crianças na primeira infância.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: para organizar as oficinas e visitas; - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e kit infantil de higiene bucal.
<p><u>Saúde Bucal e a Multidisciplinaridade</u></p> <p>Capacitar toda a equipe da ESF para atuar na prevenção da cárie dentária e promoção da saúde bucal infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Organizacional: para organizar as reuniões de capacitação; - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos; - Político: articulação e adesão dos profissionais de saúde.
<p><u>Sorriso Saudável</u></p> <p>Modificar hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Organizacional: para organizar as oficinas e o programa; - Político: articulação entre os setores da saúde; - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e alimentos para o programa “Manhã Saudável”.
<p><u>Linha de Cuidado</u></p> <p>Implantar uma linha de cuidado em saúde bucal para crianças na primeira infância, através do atendimento programado e de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: para organizar o fluxo de atendimento e o programa; - Financeiro: para a realização do programa.

Definidos os recursos críticos, seguimos agora com a definição do(s) ator(es) que controla(m) cada recurso crítico e qual o seu grau de motivação, ou seja, qual o seu posicionamento em relação ao plano, para então definir a operação/ação estratégica capaz de motivar o ator, mobilizá-lo e convencê-lo, e desta forma construir a viabilidade da operação. A motivação de um ator pode ser classificada como favorável, indiferente ou contrária.

- Favorável: o ator que controla determinado recurso coloca-o a disposição do ator que está planejando.
- Indiferente: o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido.
- Contrária: o ator que controla o recurso apresenta uma oposição ativa à utilização do recurso, podendo ser considerada também uma oposição ativa ao plano.

Quadro 4: proposta de ação para motivação dos atores

OPERAÇÕES/PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÃO ESTRATÉGICA
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
<u>Saber para Sorrir</u> Aumentar o nível de informação da família (em especial da mãe) e dos cuidadores de crianças (nos caso da creche) sobre o processo de desenvolvimento e prevenção da cárie dentária e sobre como promover a saúde bucal em crianças na primeira infância.	-Organizacional: para organizar as oficinas e visitas; -Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e kit infantil de higiene bucal.	Enfermeiro	Favorável	Não é necessário
		Secretária de Saúde	Favorável	Não é necessário
<u>Saúde Bucal e a Multidisciplinaridade</u> Capacitar toda a equipe da ESF para atuar na prevenção da cárie dentária e promoção da saúde bucal infantil	-Organizacional: para organizar as reuniões de capacitação; -Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos; -Político: articulação e adesão dos	Enfermeiro	Favorável	Não é necessário
		Secretária de Saúde	Favorável	Não é necessário
		Secretária	Favorável	Não é necessário

	profissionais de saúde.	de Saúde		
<u>Sorriso Saudável</u> Modificar hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal.	-Organizacional: para organizar as oficinas e o programa; -Político: articulação entre os setores da saúde; -Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e alimentos para o programa “Manhã Saudável”.	Enfermeiro , Pastoral de criança Secretária de Saúde Secretária de Saúde Prefeito Municipal	Favorável Favorável Indiferente Indiferente	Não é necessário Não é necessário Apresentar o programa Apoio da Pastoral da criança Apresentação do CPOD – 2010
<u>Linha de Cuidado</u> Implantar uma linha de cuidado em saúde bucal para crianças na primeira infância, através do atendimento programado e de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal.	-Organizacional: para organizar o fluxo de atendimento e o programa - Financeiro: para realização do programa.	Equipe de Saúde Bucal Secretária de Saúde Prefeito Municipal	Favorável Indiferente	Não é necessário Apresentação do programa Apoio da Pastoral da criança

Concluindo o plano de ação, devemos agora definir quais serão os atores responsáveis por cada operação ou projeto e estabelecer um prazo para a execução das operações. Ao responsável pela operação caberá o acompanhamento da execução de todas as ações definidas, mas isto não significa que ele deva executá-las, isto porque ele deve contar com o apoio de outras pessoas. O seu papel é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando conta do andamento do projeto. É importante ressaltar que o responsável pela operação só pode ser uma pessoa que está participando da elaboração do plano, ou seja, não podemos responsabilizar pessoas que não estão planejando, o que não significa que estes não possam contribuir ativamente na sua implementação.

Quadro 5: Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
<p><u>Saber para Sorrir</u></p> <p>Aumentar o nível de informação da família (em especial da mãe) e dos cuidadores de crianças (nos caso da creche) sobre o processo de desenvolvimento e prevenção da cárie dentária e sobre como promover a saúde bucal em crianças na primeira infância.</p>	<p>Introduzir hábitos saudáveis de saúde bucal no ambiente de desenvolvim ento da criança de forma a promover a saúde bucal infantil.</p>	<p>-Oficinas educativas para gestantes e cuidadores;</p> <p>-Visitas domiciliares pelo Cirurgião-dentista no 1º, 3º, 6º e 9º mês de vida da criança;</p> <p>- Acompanhamento regular (mensal) pelo ACS durante suas visitas de rotina.</p>		Enfermeiro e Dentista	Dois meses para o início das atividades.
<p><u>Saúde Bucal e a Multidisciplinari dade</u></p> <p>Capacitar toda a equipe da ESF para atuar na prevenção da</p>	<p>Capacitar os profissionais de saúde de forma que eles possam atuar na prevenção da cárie dentária</p>	<p>-Capacitação dos profissionais de saúde integrantes da equipe (ACS, enfermeiro, médico-</p>		Dentista	Dois meses para o início das atividades.

cárie dentária e promoção da saúde bucal infantil	e promoção da saúde bucal infantil através do repasse de informações à família.	principalment e o pediatra).			
<u>Sorriso Saudável</u> Modificar hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal.	Retardar a introdução e/ou reduzir o consumo de açúcar por crianças na primeira infância.	-Oficinas educativas direcionadas à puérpere e cuidadores; -Programa “Manhã Saudável”, elaborado e ministrado pelo cirurgião-dentista e nutricionista, contando com a presença do enfermeiro e dos ACS.	Apresentação do CPOD – 2010; Apresentar o programa ; Apoio da Pastoral da criança.	Enfermeiro e Dentista	Três meses para o início das atividades.
<u>Linha de Cuidado</u> Implantar uma linha de cuidado em saúde bucal para crianças na	Cobertura de 80% da população de crianças de 0 a 3 anos.	-Priorização para o atendimento programado; -Elaboração do Programa	Apresentação do programa; Apoio da Pastoral da criança.	Dentista ASB Enfermeiro	Início em 3 meses.

primeira infância, através do atendimento programado e de atividades de prevenção e promoção em saúde bucal.		“Dia do Sorriso”.			
--	--	-------------------	--	--	--

3 CONCLUSÕES

Através deste trabalho podemos verificar que a cárie dentária, apesar de ter seu índice reduzido nos últimos anos, ainda é um grande problema que acomete a maioria da população brasileira. Para mudar essa situação é preciso atuar precocemente junto à população através de medidas preventivas e de promoção de saúde bucal.

O plano de ação proposto por este trabalho visa justamente trabalhar a família a partir da criança, aproveitando este momento onde todos estão susceptíveis à mudanças que favoreçam a saúde do seu filho. A família, em especial a mãe, tem um papel chave na promoção e prevenção da saúde bucal infantil. Por esse motivo é essencial que durante o planejamento de ações voltadas para a primeira infância levemos este fato em consideração. Devemos aproveitar os momentos de contato com os pais durante o pré-natal e logo após o nascimento da criança para estimular hábitos saudáveis.

Outro fator importante observado e proposto pelo plano é a necessidade de uma maior integração entre a ESB e os demais membros da ESF, para que as estratégias educativo-preventivas possam ser aplicadas em conjunto para uma maior eficácia na prevenção e manutenção da saúde, e, assim, trabalhar a unidade família como um todo na promoção de saúde bucal.

Portanto, através do plano proposto neste trabalho esperamos promover, em curto prazo, uma redução da incidência de cárie, na primeira infância, e uma mudança de hábito de toda a família, e em longo prazo, esperamos conseguir uma redução na incidência de cárie na população adulta, garantindo, assim, qualidade em saúde bucal, e também na saúde geral do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, M., H., N., G.; PORDEUS, I., A.; MODENA, C., M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1): 245-259, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 06 de junho de 2011.
2. AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):131-138, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 16 de junho de 2011.
3. ALVES, G. C.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Motivação, cooperação e comunicação na promoção de saúde bucal e prevenção da doença cárie. **Int J Dent**, Recife, 7(2): 116-124, abr./jun., 2008. Disponível em: <http://www.ufpe.br>. Acessado em 06 de junho de 2011.
4. ALVES, M., U.; VOLSCHAN, B., C., G.; HAAS, N., A., T. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Universidades Privadas. **Pes Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.4, n.1, p.47-51, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://eduep.uepd.edu.br>. Acessado em 17 de maio de 2011.
5. BRANDÃO, I., M., G. et al. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6): 1247-1256, jun, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acessado em 11 de maio de 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à 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://bvsmms.saude.gov.br>. Acessado em 20 de maio de 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde/Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. **Caderno de Atenção Básica**, n. 17; Série A. Normas e Manuais Técnicos. 92p.
8. BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 4ª ed., Brasília, 2007.

9. BRASIL. Programa Saúde da Família: Informes Técnicos Institucionais. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2000. v. 34, n. 3, p. 316-19. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 19 de maio de 2011.
10. CAMPOS, F., C., C.; FARIA, H., P.; SANTOS, M., A. **Unidade Didática I: Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte, Editora UFMG; NESCON/UFMG. 2010
11. DITTERICH, R., G. et al. Higiene bucal e motivação no controle do biofilme dental. **Odontologia Clín.-Cientif.**, Recife, 6(2): 123-128, abr/jun., 2007. Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br>. Acessado em 06 de junho de 2011.
12. FEIXINHO, A., B. et al. A importância do autocuidado na saúde bucal. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. Disponível em: <http://publicações.unigranrio.edu.br>. Acessado em 08 de junho de 2011.
13. FERREIRA, J., M., S. et al. Conhecimento de pais sobre saúde bucal na primeira infância. **Pediatria Moderna**, v.46, n. 6, p. 224-230, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.radarciência.org>. Acessado em 29 de março de 2011.
14. FRAZÃO, P.; MARQUES, D., S., C. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1): 131-144, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 06 de junho de 2011.
15. FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Rev Saúde Pública**, 2009; 43(3):463-71. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acessado em 1º de maio de 2011.
16. FREIRE, M., C., M.; MACÊDO, R., A., SILVA, W., H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesq. Odont. Bras.**, v. 14, n.1, p. 39-45, jan./mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 03 de agosto de 2011.
17. GUARIENTI, C., A.; BARRETO, V., C.; FIGUEIREDO, M., C. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, 9(3): 321-325, set./dez. 2009. Disponível em: <http://pesquisa.bvsabud.org/regional>. Acessado em 1º de abril de 2011.

18. GUIMARÃES, M. S. et al. Atividade de cárie na primeira infância: fatalidade ou transmissibilidade? **Cienc. Odontol. Bras.**, 7(4): 45-51, out./dez. 2004. Disponível em: <http://ojs.fosjc.unesp.br>. Acessado em 16 de junho de 2011.
19. KOYASHIKI, G., A., K.; SOUZA, R., A., A.; GUARANHANI, M., L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4): 1343-1354, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 06 de junho de 2011.
20. LIMA, C., M., G.; WATANABE, M., G., C.; PALHA, P., F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa de equipe de saúde da família. **Pediatria**, São Paulo, 2006; 28 (3): 191-8. Disponível em: <http://www.pediatrinsaopaulo.usp.br>. Acessado em 06 de junho de 2011.
21. LIMA, J.,E.,O. Cárie dentária: um novo conceito. **R. Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v.12, n.6, p.119-130, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 06 de junho de 2011.
22. MARCELINO, G., PARRILHA, V., A. Educação em saúde bucal para mães de crianças especiais: um espaço para a prática dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm**;12(1):37-43, jan/mar. 2007. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br>. Acessado em 03 de agosto de 2011.
23. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p.
24. MOREIRA, M., R. et al. Projeto de educação em sala de espera: uma proposta de promoção de saúde – avaliação de 1 ano. **Biosci J.**, v.18, n.2, p. 103-108, dec. 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br>. Acessado em 16 de junho de 2011.
25. NARVAI, P., C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, 2006; 40(N Esp):141-7. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 05 de junho de 2011.
26. OLIVEIRA, A., L., B., M.; BOTTA, A., C.; ROSELL, F., L. Promoção de saúde bucal em bebês. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2010; 22(3): 247-53, set-dez. Disponível em: <http://pesquisabvsalud.org>. Acessado em 29 de março de 2011.
27. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). Brasil. Saúde Bucal. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acessado em 29 de abril de 2011.

28. PASCHOAL, M., A., B.; BARDAL, P., A., P.; TOMITA, N.,E. Percepção da saúde bucal: interação entre mães e filhos. **Odontologia e Sociedade**, 2008; 10(3): 01-07. Disponível em: <http://www.fo.usp.br>. Acessado em 16 de junho de 2011.
29. PINTO, E., C. **Relação entre aspectos sócio-culturais e autopercepção das condições de saúde bucal em populações acompanhadas pelo programa Saúde da Família**. 2009. 18f. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, 2009. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusão_dos_Cursos/2009. Acessado em 04 de maio de 2011.
30. SILVA, D., D., F. et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev Odonto Ciênc**, 2008; 23(4):375-379. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br>. Acessado em 16 de junho de 2011.
31. SIMIONI, L.,R., G.;COMIOTTO, M., S.; RÊGO, D., M. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **RPG Ver Pós Grad**, 2005; 12(2):167-73. Disponível em: <http://www.fo.usp.br>. Acessado em 09 de maio de 2011.
32. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB – da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Astolfo Dutra/MG. Agosto de 2011.
33. SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (11): 2727-2739, nov, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 20 de maio de 2011.
34. UNFER, B., SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, 34(2): 190-5, 2000. Disponível em <http://www.scielo.org>. Acessado em 11 de maio de 2011.