

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

NATÁLIA FRANCO BARBOSA DE ANDRADE

**INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL
NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM PRÉ-ESCOLARES**

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2014**

NATÁLIA FRANCO BARBOSA DE ANDRADE

NATÁLIA FRANCO BARBOSA DE ANDRADE

**INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL
NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM PRÉ-ESCOLARES**

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

Orientadora: Profa. Sônia Maria Nunes Viana

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2014**

NATÁLIA FRANCO BARBOSA DE ANDRADE

**INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL
NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM PRÉ-ESCOLARES**

Banca Examinadora

Profa. Sônia Maria Nunes Viana - Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - Examinadora

Aprovada em Lagoa Santa, em 07/06/2014.

DEDICATÓRIA

À minha orientadora, professora Sônia Maria Nunes Viana, pelo tempo disponibilizado.

À comunidade da Pedreira do Instituto, público alvo deste trabalho, especialmente os pré-escolares através dos dados secundários colhidos.

À equipe de Saúde Bucal, equipe de Agentes Comunitárias de Saúde, Auxiliar Administrativo, e Gerente do Programa de Saúde da Família da Pedreira do Instituto que foram imprescindíveis na coleta dos dados.

À equipe da Creche Irmã Maria Clara, especialmente na pessoa da Nilda, sempre tão disponíveis e prestativas em repassar informações sobre a rotina e propostas da instituição.

Ao colega de profissão Gladistone, que apesar de não mais fazer parte da equipe de Saúde Bucal da Pedreira, sempre esteve pronto a colaborar com sua rica experiência de anos na área adscrita, sugerindo caminhos viáveis para que este pudesse ser concluído e oferecesse alguma contribuição prática ao processo de trabalho desenvolvido na localidade.

À colega de função e grande amiga Renata, pela cobertura quando necessitei dedicar na construção deste, compreendendo, auxiliando e dando apoio logístico em momentos de grandes ansiedades.

À também grande amiga Ana Cláudia, servidora comprometida e compromissada do Departamento de Ações em Saúde, Saúde Bucal, pela constante presteza e boa vontade em buscar informações imprescindíveis na construção deste.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador por implantar em mim esta constante busca pelo saber, pelo descobrir, pelo aprender cada vez mais. Agradeço a Ele pela aversão à inércia da acomodação e do estacionar que acaba me tirando de uma “zona de conforto” e gerando muitas vezes grandes ansiedades, ansiedades essas que me induzem a ir retirando cada pedra encontrada pelo caminho, com o discernimento que se não consigo removê-las, ao menos tento contorná-las.

Ao Criador eu repito - Muito Obrigada!!!

Ao meu esposo, eterno namorado, amante, amigo, companheiro, confidente, conselheiro, psicólogo, professor, mestre, doutorando, gourmet de nossos jantares, pediatra de nosso ‘trio’ de filhos, veterinário de nosso quinteto de cães, administrador de nossa “Casa Azul”, paisagista de nosso “Minifúndio” e principalmente, o arquiteto de nossos sonhos e artesão de nossa realidade... Ao Criador eu repito – Muito Obrigada!!!

Aos meus filhos, que cada dia vem me provando como valeram a pena cada noite mal dormida monitorando temperatura, cada fim de semana preterido em nome de uma revisão às vésperas das provas, repassando a ‘tabuada relâmpago’, mergulhando pelas entranhas do corpo humano, descobrindo seus órgãos e funções, viajando do Oiapoque ao Chuí, observando clima, relevo, vegetação, flora e fauna, revisando ortografia, pontuação, morfologia das palavras e principalmente a conjugação verbal. Com vocês eu aprendi a viver o presente, esquecer o passado e principalmente a acreditar no futuro. Ao Criador eu repito - Muito Obrigada!!!

Aos meus pais, pessoas simples, mas grandiosas em suas simplicidades, que sempre ensinou a mim e minha irmã o valor do SER e não do TER. Ao Criador eu repito - Muito Obrigada!!!

Assim procuro seguir em frente, agradecendo sempre!!!

“No meio do caminho tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
Tinha uma pedra
No meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento
Na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
Tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
No meio do caminho tinha uma pedra.

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

RESUMO

Este trabalho, fundamentado na pesquisa bibliográfica narrativa, propôs avaliar se a permanência das crianças na creche reduz a incidência de cáries quando comparadas com crianças da mesma faixa etária que não a frequentam e eram desassistidas de água tratada (fluoretada). O cenário escolhido foi a área adscrita da Estratégia Saúde da Família Pedreira do Instituto, situado em Itabira Minas Gerais. Foi realizado um estudo observacional transversal (piloto) com uma amostra composta por 54 crianças de ambos os sexos. A coleta de dados foi realizada através de consulta da Ficha A e das Fichas Odontológicas dessas crianças (dados secundários) separadas aleatoriamente em dois grupos – um grupo de 27 crianças residentes na zona urbana e que frequentam a Creche Irmã Maria Clara, que consumiam água fluoretada e estavam vinculadas a políticas públicas de prevenção como escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, dieta balanceada e orientações de promoção de saúde e prevenção da patologia cárie. O outro grupo também de 27 crianças que não estavam na Creche e eram desprovidas de água tratada (fluoretada), por residirem em zona rural, além de não estarem inseridas em programas de políticas públicas preventivas para a patologia cárie. Foi encontrada uma média de 0,59 dentes cariados no grupo das crianças que frequentavam a creche contra uma média de 0,48 no grupo das que não frequentavam a instituição. Uma análise apontada pelos gráficos mostrou que a prevalência da patologia cárie nas crianças da Creche, apesar de maior, manifestou-se de forma mais controlada, uma vez que o número de dentes cariados por criança é maior no grupo que não a frequentavam. Com este estudo percebeu-se que apesar do número absoluto de dentes cariados ser maior nas crianças que frequentavam a Creche, a quantidade de dentes acometidos pela doença por indivíduo é maior nas crianças que não estavam nela inseridas, sugerindo que à medida que o tempo passa o fator proteção creche com suas políticas públicas preventivas aumenta.

Palavras Chave: Políticas Públicas. Saúde Bucal. Cárie. Creche.

ABSTRACT

The study propose to evaluate whether there is a lower prevalence of caries in preschool children of low socio-economic level, of the Pedreira do Instituto PSF assigned area, located in Itabira-MG. They are attended in the Irmã Maria Clara daycare. They were compared with preschool children haven't been attended by any public policy of preventing oral health and without access to fluoridated water. A cross-sectional observational study (pilot study) with a sample of 54 children of both gender were performed. Data collection was performed by consulting the dental records (secondary data) randomly separated into two groups- one group of 27 children residing in the urban area and who attend in daycare. They have fluoridated water access, supervised brushing, topical fluoride application, balanced diet and guidelines for health promotion and prevention of caries. The other group with 27 children that are not in daycare and they don't have treated water because they live in rural areas, and they are not included in preventive public policy. One mean of 0.59 decayed teeth in the group of children who attended daycare and an average of 0.48 in the group that did not attend the institution was found. Graphs showed that the prevalence of caries disease in children in daycare despite higher, manifests itself in a more controlled. The number of decayed teeth per child is higher in the group that did not attend by daycare. The study suggests that the protection factor of the daycare and preventive public policies, the oral health of children increases.

Key Words: Public Policy. Oral Health., Caries. Child day care centers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSF	Programa de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitária de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
TSB	Técnico em Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Características descritivas das crianças avaliadas.....	22
Tabela 2: Comparação das crianças que frequentavam ou não a creche.....	23
Gráfico 1 – Número de crianças com cárie entre as que frequentavam ou não a creche.....	24
Gráfico 2 – Número de dentes cariados por criança e por faixa etária.....	25
Gráfico 3 – Número de dentes cariados por crianças que frequentavam ou não a creche.....	26
Gráfico 4 – Presença de cárie por faixa etária nas crianças que não frequentavam a creche...	28
Gráfico 5 – Presença de cárie por faixa etária nas crianças que frequentavam a creche.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO.....	16
4 METODOLOGIA	17
5 BASES CONCEITUAIS	18
6 PROPOSTA DE AÇÃO.....	21
7 DISCUSSÃO/RESULTADOS.....	23
8 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICES.....	35

1 INTRODUÇÃO

Muitas vezes os gestores que deveriam planejar oferecer, monitorar e avaliar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, empregando assim com eficiência e eficácia os recursos recebidos, não alcançam esses objetivos por motivos distintos.

Começaram a ser desenvolvidos nos anos de 1990 os programas de procedimentos coletivos (fluoretação da água de consumo, higiene bucal supervisionada, bochechos fluoretados, alimentação balanceada, grupos operacionais, palestras para pais, responsáveis e educadores), na área da odontologia pública, financiados pelo Fundo Nacional de Saúde.

Grande quantidade de recursos financeiros e humanos foi direcionada para esse processo de trabalho, que reconhecidamente cumpriu seu papel, já que estudos apontam considerável declínio da cárie em escolares brasileiros, apesar de ser ainda uma doença com alta prevalência e apontam o custo que muito onera os cofres públicos. Essa evidência sugere que fatores ambientais têm maior influência sobre a determinação da doença cárie que os fatores genéticos (FRAZÃO, 1998; MARINHO *et al.*, 2003).

A cárie é fortemente influenciada por fatores ambientais (KUHN, 2002). Trata-se de uma doença infectocontagiosa que traz impacto de grande relevância aos indivíduos acometidos, no que diz respeito a fatores psicológicos, sociais, morbidade, absenteísmo e elevada demanda por serviços odontológicos públicos, o que gera considerável comprometimento de recursos financeiros (PINTO, 2000).

Importante considerar que o conhecimento sobre a experiência de cárie na dentição decídua constitui fator preditor da incidência e prevalência de cárie na dentição permanente, sugerindo se o ambiente estará favorável ou não a erupção dos molares permanentes, que cronologicamente começa por volta dos 6 anos (CYPRIANO *et al.*, 2003)

Uma evidente iniquidade da situação de saúde bucal da população brasileira reflete o difícil acesso à assistência odontológica pública decorrente da oferta limitada dos serviços e da inacessibilidade dos serviços privados por grande parte da população (ALMEIDA *et al.*, 2001). A evidente desigualdade da maioria da população brasileira das condições de saúde e acesso aos serviços são reflexos das condições sócio-econômico-culturais, ou seja, as condições de saúde bucal são piores nos grupos sociais menos favorecidos.

A situação do bairro Pedreira, na cidade de Itabira – Minas Gerais, espelha exatamente a situação geral do país, que vivencia o drama do crescimento desordenado, muitas vezes em áreas de invasão que podem ser propriedade de terceiros, áreas de reserva florestal ou de presença de mananciais (onde por lei é proibido práticas de benfeitorias públicas, como

saneamento básico). Soma-se a isso o fato da dificuldade de abastecimento na área rural (que está dentro da área adscrita local) o que ultrapassa a capacidade dos administradores em encontrar soluções oficiais e ideais para o problema.

As crianças escolares da região que a partir dos 5 anos já são integradas na escola pública local, automaticamente são incluídas nas políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de doenças da cavidade oral, principalmente a cárie. Entretanto, o grupo de crianças pré-escolares fica dividido em realidades distintas. Os que residem na área urbana e conseguiram uma vaga na creche são incluídos em programas preventivos odontológicos, enquanto os que residem na zona rural, além de não ter possibilidade de frequentar a creche e dessa forma ter acesso a esses programas, são muitos deles desprovidos até mesmo de água tratada, o que significa não consumirem água com adição de flúor.

Na localidade, a Creche Irmã Maria Clara, que é mantida por recursos públicos municipais, é muito bem aceita e desejada pelos pais e responsáveis, porém não consegue atender uma demanda reprimida que alimenta uma grande fila de espera. Além de se tratar de um local seguro para que os filhos fiquem enquanto os pais possam trabalhar, permite que as crianças tenham acesso às políticas públicas de saúde antes de atingirem a fase escolar.

É composta de duas unidades, sendo que a Unidade I acolhe crianças de 2 anos a 4 anos, 11 meses e 29 dias, totalizando 80 crianças e a Unidade II acolhe as crianças 4 meses a 1 ano, 11 meses e 29 dias, totalizando 30 crianças. Ao completar 5 anos, as crianças já são automaticamente matriculadas no 1º Período Escolar da Rede Pública de Ensino do bairro dando sequência ao Ensino Fundamental.

Seu quadro de funcionários é composto por uma Coordenadora única para as duas Unidades e uma Nutricionista contratada que é a Responsável Técnica de ambas as Unidades. Na Unidade I são quatro Monitoras, duas Auxiliares de Creche, quatro Auxiliares de Limpeza e uma Cozinheira. Na Unidade II são duas Monitoras, duas Auxiliares de Creche, duas Auxiliares de Limpeza e uma Cozinheira.

As crianças entram às 7:00 h e saem às 17:00h. Nesse período recebem café da manhã, lanche (fruta ou suco), almoço, sobremesa (gelatina), lanche (suco ou fruta). Não é permitido que as crianças levem alimentos de casa para consumirem no local.

Após o almoço as crianças são encaminhadas para o banho e escovação dos dentes supervisionada pela própria equipe da Creche. A Prefeitura disponibiliza escovas dentais e pastas, fazendo a substituição sempre que se faça necessário. Esses insumos ficam na Creche identificados por criança. Não é permitido que levem para casa.

Uma vez por mês um representante da Equipe de Saúde Bucal do PSF (um Cirurgião Dentista, uma Técnica de Saúde Bucal – TSB e uma Auxiliar de Saúde Bucal – ASB), através de agendamento prévio visita a instituição e assume a escovação aproveitando a oportunidade para uma avaliação do estado de saúde das bocas das crianças, prestando orientações necessárias, agendando reuniões com os pais e educadores e encaminhando os que necessitam de intervenção clínica para o consultório da Unidade de Saúde. A fluoretação é realizada de 6 em 6 meses e anualmente é realizado ‘*in locu*’ o exame individual da condição oral de cada criança, com os devidos encaminhamentos e agendamentos que se façam necessários. Em ambas as Creches existem um escovódromo, o que facilita a execução das atividades.

1.1 Problema

O problema priorizado a seguir foi elaborado a partir do diagnóstico situacional feito durante as atividades do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), do Bairro Pedreira do Instituto, confeccionado com base nos registros dos dados do PSF, colhidos pelas ACSs e pela ASB da equipe, complementados pelos dados disponibilizados pelos SIAB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010).

Este diagnóstico demonstrou que das 744 residências existentes que compõem a população adscrita do PSF, 714 utilizam água fornecida pela rede pública de abastecimento (95,45%), 33 utilizam água de poços ou nascentes (4,41%) e 01 de outras fontes não especificadas (0,13%). Com relação ao tratamento da água no domicílio, 638 famílias afirmaram que filtram a água antes do consumo (85,29%), 16 utilizam a prática da água fervida (2,13%) e 94 a consomem sem nenhum tipo de tratamento (12,56%). Estes dados apontam um grave problema local onde considerável número de famílias, ainda nos dias de hoje, utilizam água fora dos padrões considerados ideais, estando expostas a riscos e agravos.

Isto é, existe menor prevalência de cárie em pré-escolares frequentadores da creche local que estão inseridos em políticas públicas preventivas da doença (consumo de água fluoretada, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, dieta balanceada), quando comparados com outros pré-escolares da região da área adscrita do PSF Pedreira do Instituto do município de Itabira não integrados a essas políticas?

2 JUSTIFICATIVA

Baseado na literatura que defende o uso exclusivo de água fluoretada para consumo como fator minimizador da incidência de cárie, somada a necessidade de uma escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor periodicamente e complementado por oferecimento de uma dieta saudável que minimizam o consumo das consideradas ‘calorias vazias’ e consideravelmente cariogênicas, este estudo busca orientar o processo de trabalho desenvolvido com as crianças inseridas na Creche Irmã Maria Clara, localizada no bairro Pedreira do Instituto do município de Itabira, utilizando as políticas preventivas na área odontológica e posteriormente, verificar se está atingindo seus objetivos.

Com as políticas públicas preventivas na área da odontologia, acredita-se que ocorra uma minimização do problema no que se refere a prevalência de cáries em crianças que frequentam a creche local em detrimento das que não frequentam. Assim, espera-se que os pré-escolares frequentadores da Creche Irmã Maria Clara, localizada no bairro Pedreira do Instituto do município de Itabira, apresentem uma prevalência inferior de cárie se comparados a outro grupo de pré-escolares da mesma região não frequentadores da mesma e residentes na zona rural da área adscrita.

3 OBJETIVO

Avaliar se a permanência das crianças na creche reduz a incidência de cáries quando comparadas com crianças da mesma faixa etária que não a frequentam e são desassistidas de água tratada (fluoretada).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo baseado no levantamento de dados secundários coletados nos prontuários odontológicos dos pacientes pertencentes à área adscrita do PSF Pedreira do Instituto, do município de Itabira, considerando informações da Ficha A (prontuário padronizado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para cadastramento das famílias e seus respectivos membros pertencentes a área adscrita do PSF, contemplando inclusive informações sobre moradia e saneamento (Apêndice A). Utilizou-se, também a Ficha Odontológica Individual utilizada na Unidade com registro da situação oral de cada criança registrada no odontograma (Apêndice B).

Para se obter embasamento científico necessário na definição das variáveis e no desenho do estudo foi feita uma revisão na literatura pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), pelos portais: BIREME, LILACS, MEDLINE e SCIELO, buscando publicações que abordem associação dos descritores: Políticas Públicas. Saúde Bucal. Cárie. Creche.

5 BASES CONCEITUAIS

A cárie dental é uma doença infecto contagiosa, multifatorial, com expressiva variação em sua prevalência e elevado nível de severidade nos grupos populacionais menos favorecidos sócio, econômico e culturalmente. É mais comum nas crianças e representa um grande problema de saúde pública tanto no Brasil como em vários outros países (LOSSO *et al.*, 2009).

Um fator importante que deve ser levado em consideração, é que se trata de uma doença prevenível, controlável e até mesmo reversível. Para preveni-la é necessário conhecer sua etiologia e os fatores de riscos associados à sua instalação, para controlá-la e revertê-la é necessário diagnosticá-la precocemente. Entretanto, quando a situação clínica atinge o estágio de cavidades, já demanda tratamento curativo, sem desconsiderar procedimentos preventivos associados, a fim de modificar as condições do meio bucal que levaram ao desenvolvimento da doença (LOSSO *et al.*, 2009).

Atualmente, é crescente o número de famílias, principalmente as mais carentes economicamente, que optam pela estrutura da creche para deixarem suas crianças com o objetivo de trabalharem. A estrutura é vista como uma opção segura para a permanência dos filhos associada ao benefício de serem também assistidas por políticas públicas de saúde – estabelecimento de rotina, dieta definida por nutricionista, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, acesso a informações de promoção de saúde e prevenção de doenças, dentre elas a cárie dental. E quanto maior o nível de conhecimento e informação, pelas crianças, pais e educadores, maior o estímulo ao autocuidado (BIRAL, 2013).

Na creche, as crianças têm acesso a todas esses benefícios em tenra idade e essa precocidade favorece a criação de hábitos saudáveis. Muitas vezes, quando a criança chega à escola, ela já apresenta muitos hábitos negativos e viciosos arraigados em sua rotina, o que é difícil de corrigir (BIRAL, 2013).

Outro fator a ser considerado é a importância e o alcance do controle da cárie dentária através da fluoretação da água de abastecimento público, que representa uma das mais importantes medidas de saúde pública do setor.

Esse é um dos meios mais efetivos e barato para manter constante a presença de flúor na cavidade bucal, que necessita ser monitorado, a fim de que o teor do mesmo seja mantido dentro dos padrões adequados para o controle da cárie e prevenção da fluorose dentária. Portanto, é importante que programas de políticas públicas garantam a implantação da

fluoretação das águas em municípios com sistemas de tratamento, possibilitando à população o acesso aos benefícios do flúor. (RAMIRES; BUZALA, 2007)

Sendo assim, ainda nos dias de hoje, uma das medidas preventivas de maior importância e impacto no controle da doença cárie, pela sua alta eficiência e baixo custo, continua sendo a fluoretação de água de consumo público, tornando os elementos dentários muito mais resistente às ações bacterianas que desenvolvem a patologia. A adoção deste deveria ser unânime em todas as áreas onde a cárie constitui problema de saúde pública. (PINTO, 2000; RAZUK, 1982).

Associando esse fato ao atual processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde bucal do PSF, que mantém uma rotina de políticas de prevenção da incidência e prevalência de cárie restrita às crianças e adolescentes em fase escolar, uma preocupação aponta que existe um grupo de outras crianças, os pré-escolares, que consomem água não tratada (com ausência de flúor) e estão desprovidas de qualquer prática preventiva com relação à saúde bucal no que diz respeito a escovação periódica supervisionada, aplicação tópica de flúor com disponibilização dos insumos necessários para a atividade como fio dental, escova dental e pasta de dente.

A literatura disponível descreve que inicialmente a ação do cirurgião dentista se limitava a apenas ‘tapar buracos’ (quando ainda era possível) de uma demanda livre que o procurava nas unidades de saúde. Aos poucos, esses pais, começaram a retornar com os filhos de 6 em 6 meses (conforme orientação do profissional, mesmo sem queixa da criança, mas não incomum nessas oportunidades outros elementos dentários necessitar de intervenção clínica. Evoluímos desde então, pois hoje, com o Programa de Saúde da Família, além do profissional odontólogo contar com uma equipe, mesmo que mínima, tendo a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a Técnica de Saúde Bucal (TSB), o processo de trabalho pode ser muito mais otimizado e agilizado. Trabalhando a quatro mãos em parceria com a ASB, além de terceirizar para TSB os procedimentos de sua competência, um número muito maior de pacientes são atendidos em menor tempo. Esse novo modelo de trabalho tirou o dentista de sua ‘zona de conforto’, isolado e solitário entre as quatro paredes de seu consultório, só absorvendo uma livre demanda que, muitas vezes quando chegava, já não era possível preservar o dente. Essa prática só contribuiu para causar uma ansiedade e angústia nesse profissional. Foi a partir daí que o novo modelo de trabalho sentiu a necessidade de ampliar as ações da equipe de saúde bucal para além do consultório.

Ciente de que a prevenção tem como alvo vários elementos dentários enquanto a intervenção se limita a um, dois ou no máximo dentes de uma semi arcada, percebe-se o valor

de estimular apenas água fluoretada para consumo, legitimar a criação desde a mais tenra idade de hábitos de higiene bucal e introduzir uma dieta saudável na rotina das crianças. Estudos mostram evidências substanciais relacionados aos hábitos alimentares e a cárie dental, provando que o processo de civilização do homem acarretou, através das alterações nos padrões de vida e comportamento, em uma maior incidência de cárie, no decorrer de sua história (VARVERI, BELLAGAMBA, 1996).

Está descrito que quando não existe um monitoramento da dieta das crianças, a tendência é conter na lancheira o que há de mais condenável em termos de alimentos cariogênicos (FONSECA; GUEDES PINTO, 1984). Solicitar aos pais ou responsáveis para evitar a oferta desses alimentos é irreal no país, que encara como prova de carinho e afeto e, muitas vezes, uma forma de amenizar a sua frequente ausência, mas cabe ao dentista e sua equipe a insistência em tentar disciplinar esse consumo (NAVARRO *et al.*, 1996).

A cárie em pré-escolares resume-se portanto em uma combinação já conhecida de fatores corriqueiros, diários, frequentes e solucionáveis – utilização de água para consumo que contenha flúor em proporções ideais, redução da oferta de alimentos ricos em açúcares na dieta, controle da placa dental através de uma escovação frequente e supervisionada, aplicação tópica de flúor periodicamente, palestras educativas e grupos de estudos para discutir o assunto com os pais, responsáveis, educadores e as crianças na busca constante de inserir hábitos saudáveis na mais tenra idade. (LOVEREN; DUGGAL, 2001; VARVERI; BELLAGAMBA, 1986).

Porém no caso deste estudo, existem fatores que dificultam ou mesmo impedem que a água fluoretada chegue a todos os lares, por questões geográficas e urbanísticas.

6 PROPOSTA DE AÇÃO

O plano de intervenção a seguir considerou, como ferramenta para este trabalho, conforme explicitado anteriormente, o diagnóstico situacional do Bairro Pedreira.

Registra-se que a concretização do plano realizou-se por uma prática entre dois grupos de crianças frequentadoras ou não da Creche Irmã Maria Clara.

Os grupos foram assim constituídos: um composto por 17 crianças do sexo masculino e 10 do sexo feminino e residentes na área urbana; o outro grupo foi composto por outras 27 que não estão inseridos na referida instituição (sendo 20 do sexo masculino e sete do sexo feminino) e residentes na área rural da localidade.

Primeiramente, foram selecionadas aleatoriamente (com a auxílio da ASB do PSF utilizando os registros das FICHAS A e Ficha Odontológica), as crianças da zona rural, portanto não frequentadoras da creche, e que pertenciam a faixa etária de menores de um ano a 4 anos, 11 meses e 29 dias. Como critério de exclusão, não entraram no grupo as crianças que ainda não apresentavam nenhum elemento dentário na cavidade oral e ou que residiam em local com abastecimento de água tratada, computando apenas aquelas que faziam uso exclusivo de água de poços ou cisternas. Nessa situação foram encontradas 27 crianças. Para comparar, foram selecionadas também aleatoriamente outro grupo de 27 crianças, utilizando a mesma ferramenta (registros da FICHA A e Ficha Odontológica), da mesma faixa etária, com pelo menos um elemento dentário presente na cavidade oral, com acesso à rede de abastecimento de água tratada, e portanto fluoretada, e que frequentavam a creche (incluídas em programas preventivos da patologia cárie).

As 27 crianças da creche, portanto, residentes na zona urbana e que fazem uso de água tratada, consomem água com concentração de flúor variando de 0,7 a 0,9 ppmF, segundo registros da Seção de Vigilância Epidemiológica, pertencente ao Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Itabira. A literatura preconiza que para prevenir a cárie dentária nas condições climáticas da região sudeste do Brasil, a concentração de flúor ideal deve variar de 0,6 a 0,9ppmF (NARVAI, 2000).

Essas crianças consomem no período que estão na creche uma dieta balanceada, definida por uma nutricionista, têm sua escovação monitorada diariamente por alguma servidora da creche, recebem aplicação tópica de flúor semestralmente, participam de grupos operacionais sobre “Saúde Bucal”, seus pais ou responsáveis são convidados periodicamente

para palestras educativas e são encaminhada ao consultório do PSF se necessitam de algum procedimento clínico.

As 27 crianças que não estão na creche residem na zona rural e utilizam para consumo água não tratada e, portanto, não fluoretada, de poços ou cisternas. Não têm orientação quanto à dieta e escovação, não são submetidas à aplicação tópica de flúor, não recebem nenhuma educação em saúde e orientação nutricional e se necessitam de qualquer tratamento odontológico, chegam até a unidade em forma de uma busca ativa das ACSs ou por demanda espontânea, sendo submetidas a procedimento de urgência/emergência, na maioria dos casos, e agendadas respeitando uma lista de espera que acaba adiando o tratamento por muito tempo, não sendo incomum que quando chegam a ser chamada, a situação da condição oral é ainda mais agravante.

Foram considerados como dente cariado aqueles cujos registros se encontravam no prontuário odontológico (odontograma), levando em conta apenas o seu número e não a classificação quanto ao número de faces comprometidas.

Para a compilação dos dados foi confeccionada e utilizada uma planilha do Excel – Microsoft Office versão 2007e análises pelo *software* Minitab® versão 16.0.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados representativos das realidades estudadas e suas respectivas análises.

A tabela 1 contém características descritivas das crianças avaliadas.

Tabela 1 – Características descritivas das crianças avaliadas (N=54)

Variável	N (%)	Média ± DP
Gênero		
Feminino	16 (29,63)	
Masculino	38 (70,37)	
Média de idade (anos)		2,31 ± 1,25
Distribuição por faixa etária		
Menores de 1 ano	8 (14,81)	
1 a 2 anos	9 (16,67)	
2 a 3 anos	13 (24,07)	
3 a 4 anos	11 (20,37)	
Maiores de 4 anos	13 (24,07)	
Frequentavam a creche	27 (50,00)	
Apresentavam cárie	13 (24,07)	
Dentes Cariados		0,54 ± 1,06

A partir da leitura dos dados contidos na tabela 1 percebe-se que houve uma maior proporção de crianças do gênero masculino (70,37%) em relação ao feminino (29,63%). A média de idade da amostra foi de 2,31anos com um desvio padrão de 1,25. A distribuição por faixa etária mostra que houve semelhança entre as faixas etárias de 2 a 3 anos e maiores de 4 anos (24,07%), sendo que a soma dessas duas faixas etárias representam quase que metade da amostra.

A proporção de crianças que frequentavam e não frequentavam a creche foi igual, pois no processo de amostragem, a partir do número de crianças que foi encontrado no grupo que não frequentavam a creche com os devidos critérios de exclusão, selecionou-se o mesmo número de crianças para o outro grupo.

Do total de crianças estudadas, 13(24,07%) apresentaram a doença cárie, sendo a média de dentes cariados de 0,54 com um desvio padrão de 1,06.

A tabela 2 registra as características comparativas entre as crianças que frequentam e as que não frequentam a creche.

Tabela 2 – Comparação das crianças que frequentavam ou não a creche(N=54)

Variável	Creche (N=27)	Não Creche (N=27)	Valor p
Gênero			0,233
Feminino	10 (37,04)	6 (22,22)	
Masculino	17 (62,96)	21 (77,78)	
Idade (anos) – Média ± Desvio Padrão	2,82 ± 1,15	1,80 ± 1,14	0,002
Distribuição por faixa etária			0,042
Menores de 1 ano	2 (7,40)	6 (22,22)	
1 a 2 anos	2 (7,40)	7 (25,93)	
2 a 3 anos	6 (22,22)	7 (25,93)	
3 a 4 anos	7 (25,93)	4 (14,81)	
Maiores de 4 anos	10 (37,04)	3 (11,11)	
Apresentavam cárie	11 (40,74)	3 (11,11)	0,013
Média de dentes cariados	0,59 ± 0,888	0,48 ± 1,22	0,704

Na tabela 2, visualizamos que quando comparadas as crianças que frequentavam a creche com as que não frequentavam, não houve diferença estatística quanto ao gênero (p=0,33).

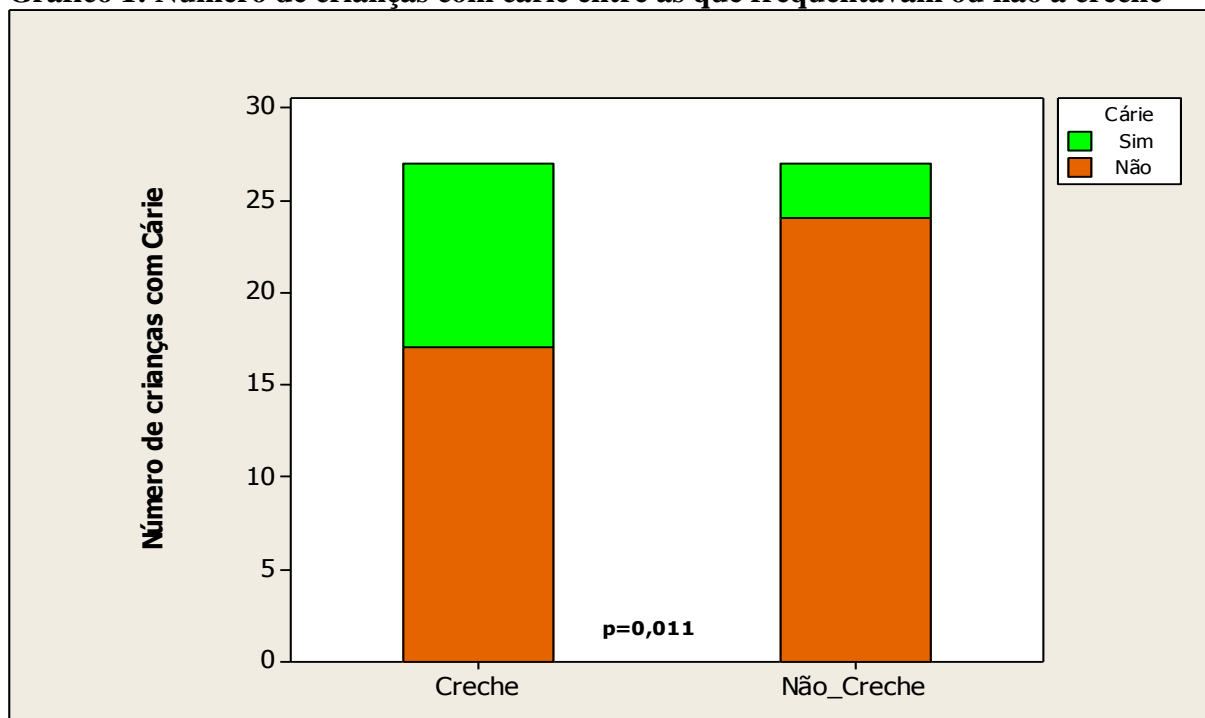
A diferença sobre a média de idade foi estatisticamente significativa ($p=0,002$) sendo maior a média de idade nas crianças que frequentavam a creche (2,82 com desvio padrão de 1,15 anos contra 1,80 com desvio padrão de 1,14 anos).

Foi também significativa a diferença da distribuição por faixa etária ($p=0,042$) sendo maior a proporção de crianças que não frequentavam a creche na faixa etária de menores de 1 ano, 1 a 2 anos e 2 a 3 anos. Nas crianças que frequentavam a creche houve um predomínio nas faixas etárias de 3 a 4 anos e maiores de 4 anos.

Quanto à presença de cárie, houve uma diferença significativa entre os dois grupos, sendo muito maior a prevalência da doença nas crianças que frequentavam a creche (11=40,74% contra 3=11,11%). Entretanto, a média de dentes cariados foi semelhante nos 2 grupos ($p=0,704$). Logo, o número de crianças que desenvolveu a patologia cárie difere do número de elementos dentários acometidos pela doença nos dois grupos.

O gráfico 1 representa o número de crianças com cárie que frequentavam a creche em relação às que não frequentavam.

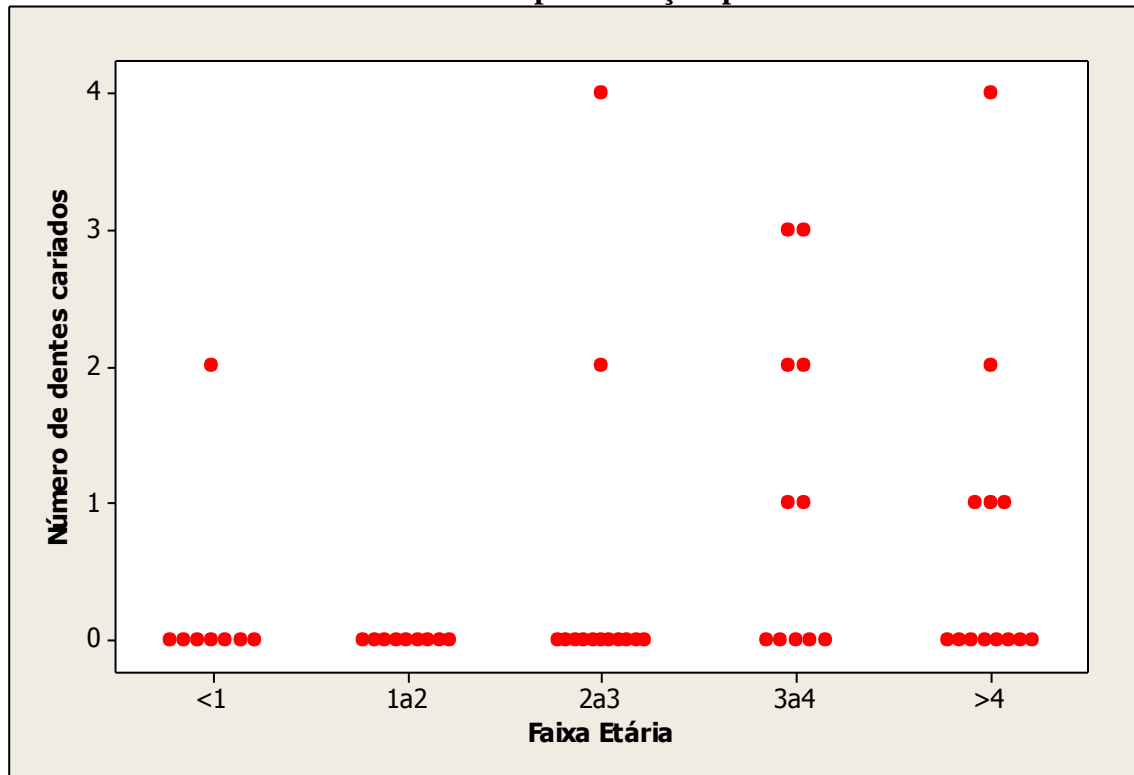
Gráfico 1: Número de crianças com cárie entre as que frequentavam ou não a creche



Houve uma diferença estatisticamente significativa do número de crianças com a doença cárie instalada entre as que frequentavam a creche em relação às que não frequentavam ($p=0,001$).

O gráfico 2 apresenta o número de dentes cariados por criança e por faixa etária.

Gráfico 2: Número de dentes cariados por criança e por faixa etária

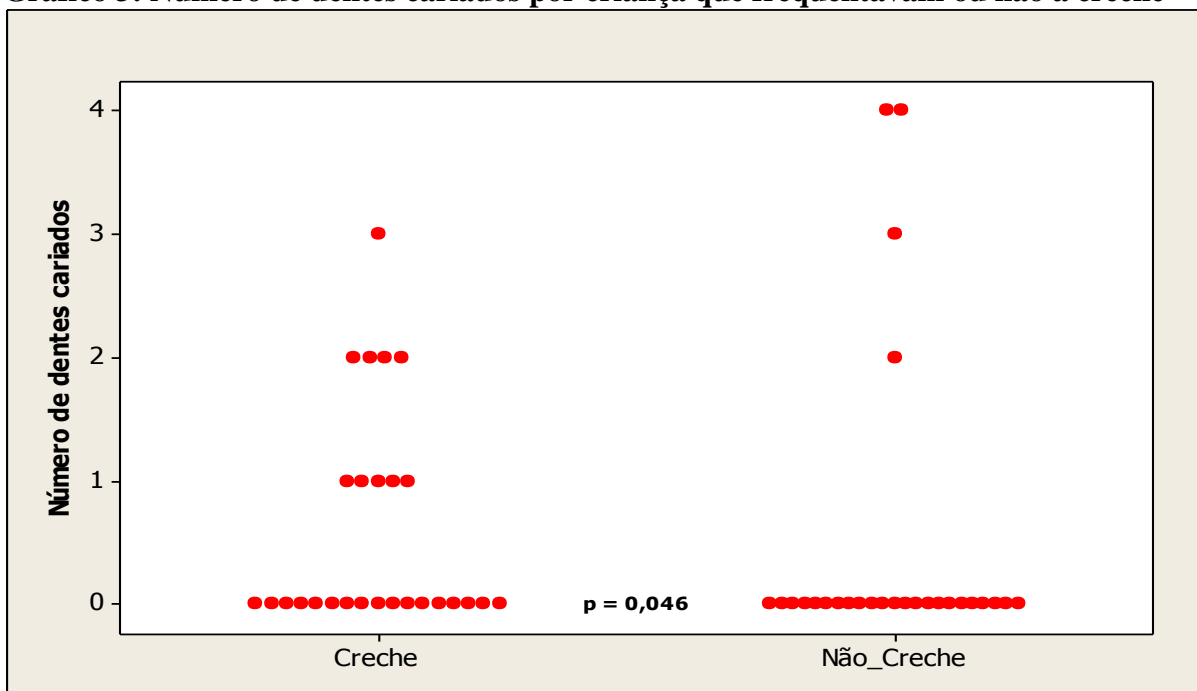


O gráfico 2 mostra que o número de dentes cariados foi maior nas faixas etárias de 3 a 4 anos e de maiores de 4 anos em ambos os grupos, creche e os não frequentadores da instituição.

Esses dados vão de encontro aos dados encontrados na literatura que afirma que a experiência de cárie em pré-escolares está diretamente condicionada ao fator idade e ao nível sócio econômico provando que quanto maior a idade e pior o nível socioeconômico, maior é a prevalência de cárie (GARCIA; MENEZES, 2005).

O gráfico 3 mostra a diferença encontrada entre o número de dentes cariados em crianças que frequentavam a creche e as que não frequentavam.

Gráfico 3: Número de dentes cariados por criança que frequentavam ou não a creche



O gráfico demonstra que a prevalência de cárie nas crianças da creche surge em número menor (a maioria apresentando 1 a 2 elementos por indivíduo), enquanto que no grupo não creche, o número de indivíduo é menor, porém o acometimento da doença é maior (3 a 4 elementos por indivíduo).

Essa representação aponta que estando na creche e inseridos nas políticas de prevenção da doença, utilizando água fluoretada para consumo, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, dieta balanceada e orientações através de grupos e palestras, a prevalência de cárie das crianças da creche foi superior ao das crianças não frequentadores da creche, porém de forma mais controlada. Assim, as crianças que apresentavam um risco maior em relação à doença, eram identificadas, encaminhadas para o tratamento minimizando assim o fator de risco e controlando a manifestação da patologia.

Percebe-se então que existe um fator de proteção às crianças que estão na creche, à medida que o fator idade das crianças vai aumentando, a manifestação da doença também (variáveis diretamente proporcionais), porém como existe uma linha de cuidado definida, a manifestação decresce (número de dentes cariados é menor com o avanço da idade nas crianças da creche se comparados aos da não frequentadoras da mesma).

Ações preventivas e coletivas com enfoque na saúde bucal são economicamente acessíveis à saúde pública e contribui fortemente para aliviar o sofrimento da população infantil por questões odontológicas, reduzindo a exagerada prevalência de cárie registrada no país, desde que seja praticada de forma permanente e contínua (PINTO,1993).

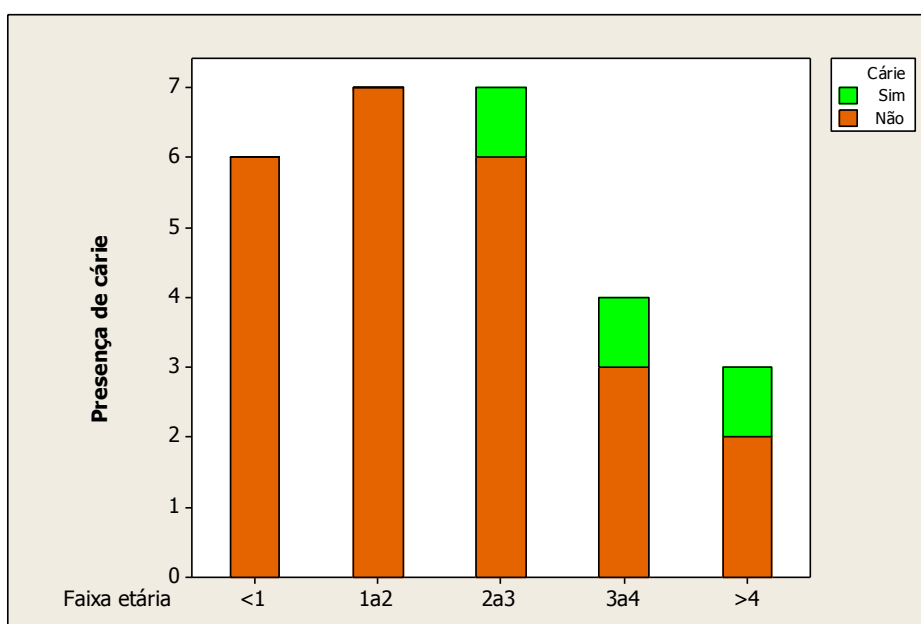
Reiterando a raciocínio, para as crianças que frequentavam a creche, com o decorrer do tempo que lá estão inseridas, se não foi possível eliminar o aparecimento da cárie, foi possível controlá-la, uma vez que essas crianças são automaticamente agendadas para intervenção clínica no PSF e paralelamente continua os processos preventivos. Ação curativa e preventiva associada com o intuito de reduzir o risco para a doença em questão.

As crianças que não estavam na creche, quando chegavam à Unidade, já apresentam processos cariosos mais evoluídos, com acometimento de mais elementos dentários, sendo detectável pela ACS ou através de uma demanda espontânea em consequência do surgimento da dor. A sua condição de risco não é estratificada previamente e consequentemente a instalação da patologia é maior tanto em número como em complexidade.

Na infância, o limitado acesso aos serviços odontológicos, inapropriadas práticas alimentares, condições culturais, psicossociais e comportamentais além da própria imaturidade do esmalte do dente, colocam as crianças em uma situação de risco à cárie maior. O diagnóstico precoce das lesões iniciais, sem cavitação, ainda em estágio reversível, associado a mudanças de valores determinantes que predispõe a patologia, tornam-se fundamentais para redução da prevalência da doença, favorecendo tratamentos mais simples, que demanda tempo reduzido, são menos invasivos e de menor custo (BARROS *et al.*, 2001).

O gráfico 4 apresenta a presença de cárie por faixa etária nas crianças que não frequentavam a creche.

Gráfico 4: Presença de cárie por faixa etária nas crianças que não frequentavam a creche



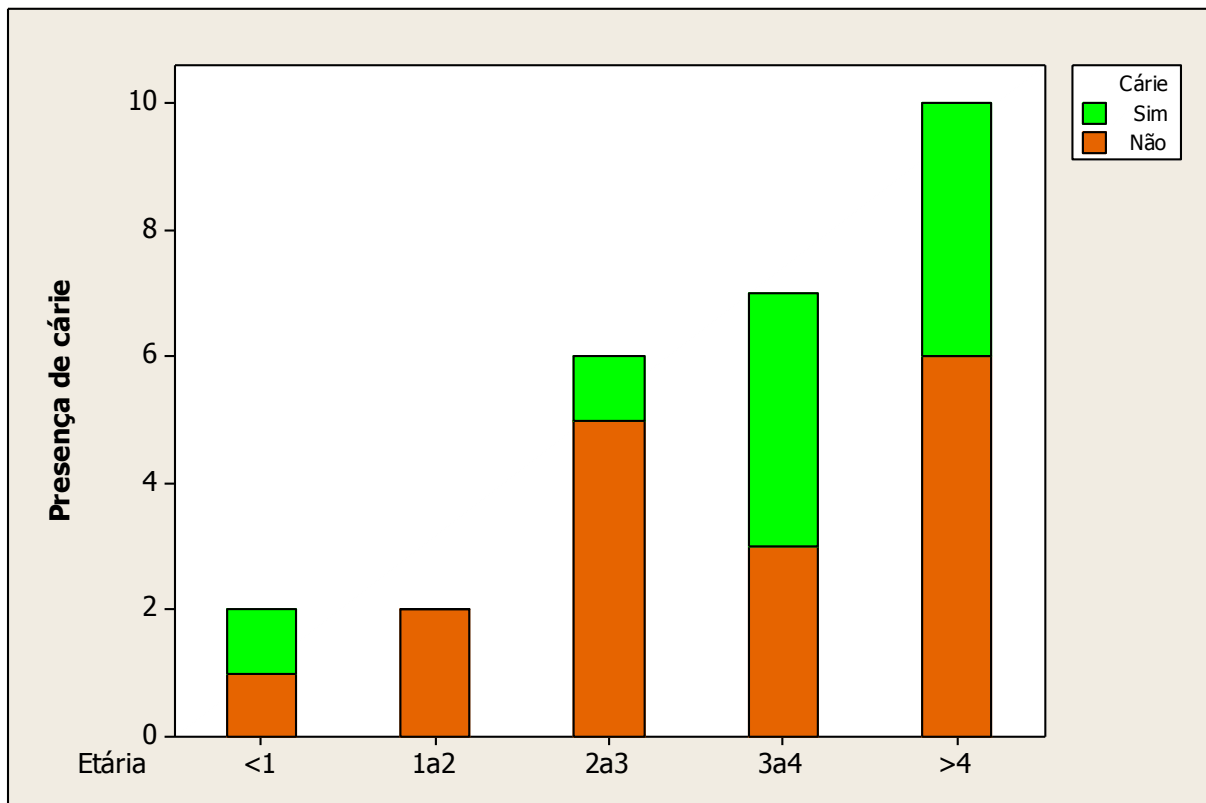
É sabido que quanto mais precocemente ocorrer a infecção por cárie na dentição da criança, maior será a sua prevalência se nenhuma medida controladora e preventiva for desenvolvidas. A melhoria e ampliação do cuidado nos anos pré-escolares reduziria a necessidade de restaurações ou extrações, uma vez que a cárie é considerada uma doença da predominantemente da infância (TOMITA *et al.*, 1996).

Logo, se na creche essa manifestação começa a ocorrer em pré-escolares à partir dos 2-3 anos conforme demonstra o gráfico, medidas precisam ser tomadas, para assistir esse público também que não frequentam a instituição, antes mesmo dele atingir a fase escolar.

A identificação de fatores coletivos de risco à cárie através dos condicionantes sócio econômico sociais, surge como potente ferramenta para definir as ações na área da odontologia, identificando grupos de maior risco, para o acesso preferencial aos programas de saúde (TOMITA *et al.*, 1996).

O gráfico 5 apresenta a presença de cárie por faixa etária das crianças que frequentavam a creche.

Gráfico 5: Presença de cárie por faixa etária em crianças que frequentavam a creche



Portanto, reiterando o raciocínio do gráfico anterior (Gráfico 4), gradativamente percebemos crescer juntamente com a faixa etária a prevalência da doença cárie dentro do grupo que estão na creche quando consideramos a faixa etária dos mais velhos que engloba 3 a 4 anos e ≥ 4 anos.

Importante considerar que a determinação dos fatores sociais, econômicos e a própria idade do indivíduo influencia na prevalência da doença cárie, o que deveria contribuir para objetivar a identificação do público alvo que devam ser priorizados na questão da patologia cárie pela amplidão de suas necessidades acumuladas (TOMITA *et al.*, 1996).

A semelhança entre os dois grupos podem ser justificadas pela faixa etária e consequentemente número de dentes presentes na cavidade oral.

8 CONCLUSÃO

Mesmo com um número absoluto maior de dentes cariados nas crianças da creche comparadas às não creche, percebe-se que com o passar do tempo o fator proteção creche sobressai e manifesta-se positivamente na redução de cárie.

Assim, conclui-se que a repercussão das políticas públicas de saúde bucal consideradas neste estudo são influências que demandam tempo para manifestarem e surtirem os efeitos desejados - A disponibilização de uma água de consumo tratada e devidamente fluoretada, a orientação quanto a uma dieta saudável e menos cariogênica, a rotina de uma escovação com técnica e frequência adequada, a influência de aplicações esporádicas de flúor topicamente, o acesso à educação continuada abordando assuntos referentes à prevenção do agravo tanto numa linguagem direcionada às crianças, pais, responsáveis e educadores, representam ações que devem ser contínuas e permanentes. O resultado tende a ser gradativo, lento, crescente e consistente que gera uma condição bucal menos vulnerável aos riscos.

E base sólida não significa modelo perfeito e ideal. Se não temos condição de chegar à perfeição, que pelo menos nos aproximemos do possível. Na impotência de adotar medidas ideais para solucionar o avanço dos agravos, medidas paliativas sérias, eficientes e eficazes devem ser inseridas, estruturando a prestação do serviço, capacitando os recursos humanos e principalmente promovendo saúde e evitando doença.

Um dos fatores destacado, discutido e comprovado na literatura é a influência da água fluoretada na incidência e prevalência de cárie, principalmente naqueles que já nascem em condições sócio econômico cultural desfavoráveis. No caso de nosso território de abrangência, o fator geográfico em grande extensão impede que a rede pública de saneamento abasteça algumas micro áreas. Há algum tempo havia uma política de disponibilizar comprimidos de flúor para famílias que não tinham acesso à água tratada da região. Porém essa ação era realizada empiricamente, sem nenhum monitoramento por parte dos órgãos públicos. Uma alternativa viável de resolver essa questão seria tornar essa fluoretação mais técnica, utilizando servidores da própria equipe de saúde, previamente capacitando-os a fazê-la, garantindo assim a eficácia da ação. Se o fato da água devidamente tratada independe da governabilidade dos gestores para conseguir chegar em todos os lares, que paliativos sérios, embasados cientificamente e seguros sejam adotados. Trata-se de medidas viáveis financeiramente aos cofres públicos e que em muito contribuirão para diminuir a prevalência

do agravo cárie nas crianças que ainda não têm acesso à escola, quando são oficialmente inseridas nas políticas públicas preventivas do agravo.

Podemos enfim concluir, com este trabalho, que outros necessitarão ser desenvolvidos para uma análise mais detalhada e monitorada, através de novas investigações, com resultados inferidos e conclusões consistentes comprovadas. Porém é possível detectar duas constatações interessantes para a comunidade adscrita do PSF Pedreira do Instituto;

- que o fator proteção creche foi crescente com o avanço da faixa etária das crianças. Quanto mais velha a criança, mais protegida do agravo cárie se apresentou.
- que a medida que a criança ia crescendo totalmente desprovida de políticas publicas preventivas de saúde bucal, aquelas que apresentavam fator de risco maior para desenvolver a doença cárie, apresentava um maior número de elementos dentários cariados.

Se este servir como um instrumento inicial de persuasão para a gestão pública de que é preciso ampliar as políticas preventivas da patologia cárie a todos os pré-escolares da localidade, não se limitando apenas aos frequentadores da creche, além de inspirar a necessidade de fazer chegar a todos os lares alternativas de fluoretação da água de consumo dos reservatórios domiciliares de forma segura e eficaz, já justifica a sua existência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.L. *et al.* Avaliação da saúde bucal de pré-escolares de 4 a 7 anos de uma creche filantrópica. **Rev. Gaucha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.2, p.271-275, abr/jun, 2011.

BARROS, S.G. *et al.* Contribuição ao estudo de cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.14, n.3, p.215-222, São Paulo, jul/set, 2001.

BIRAL, A. M. *et al.* Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. **Rev. Nutricional**, v.28, n.1, p.37-48, Campinas, jan/fev, 2013.

CAMPOS, F.C. de; FARIA H.P.; SANTOS M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte. NESCON/ UFMG, 2010

CYPRIANO, S. *et al.* Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.10, Rio de Janeiro, out, 2011.

CYPRIANO, S. *et al.* Saúde bucal dos pré-escolares. Piracicaba, Brasil, 1999. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.2, p.247-253, 2003.

FONSECA, V.P.C; GUEDES PINTO, A.C. Controle da dieta alimentar em pacientes de odontopediatria com alta incidência de cárie. **Rev. Assoc Paul Cir Dent**, v.38, n.4, p.289-301, jul/ago,1984.

FRAZÃO, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.281-290, Rio de Janeiro, fev, 2012.

FRAZÃO, P. Tecnologias em saúde bucal coletiva. In: BOTAZZO, C., FREITAS, S.F.T., ORGANIZADORES. **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Bauru: Editora Unesp; p.159-174, 1998.

GARCIA, A.F.G., MENEZES, V.A. Experiência de Cárie em Pré-escolares da Rede Pública e Privada da Cidade do Recife – PE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. João Pessoa, v.5, n.2, p.103-109, 2005.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa-PR**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; p.77, 2002.

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

LOVEREN, C.; DUGALL, M.S. The role of diet in cáries prevention. **Int Dent J**, v.51, n.6 Suppl. p.399-406, 2001.

MARINHO, V.C.C. *et al.* Fluorite tootpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Ver*, 2003.

NAVARRO, M.F.L. *et al.* Brasileiros comem cada vez mais e com pior qualidade. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.53, n.1, p.8-20, jan./fev, 1999.

NARVAI, P.C. Cárie Dentária e Flúor: uma relação do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, p.381-392, 2000.

PINTO, I.L. Prevenção de cárie dental com aplicações tópicas semestrais de flúor-fosfato acidulado. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.4, p.277-290, 1993.

PINTO, V.G. Prevenção de cárie dentária. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Ed. Santos. Cap 13. p.353-401, 2000.

RAMIRES, I.; BUZALA, M.A.R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária –cinquenta anos no Brasil. **Ciê. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, ago, 2007.

RAZUK, E.A. Governador Alkimin recebe planos para fluoretar a água de todos os municípios do Estado. **J CROSP**, n. 93, p.12, abr./mar, 1982.

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

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

VARVERI, R.L.; BELLAGAMBA, H.P. Programa personalizado para controle de dieta. **RGO**, v.34, n.4, p.333-338, jul.ago, 1996.

APÊNDICE A

FICHA A

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF [][]
ENDEREÇO			NÚMERO [][][][]	BAIRRO	CEP [][][][][]-[][][][]	
MUNICÍPIO [][][][][][][]	SEGMENTO [][]	ÁREA [][]	MICROÁREA [][]	FAMÍLIA [][]	DATA [][]/[][]/[][][]	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAD O		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

<i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>		
<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malaria</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DLA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Cem aberto		Cem aberto	


OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde [_ _ _ _ _]			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Bonfedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

APÊNDICE B

ANEXO 07 - FICHA ODONTOLÓGICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Seção de Saúde Bucal

1 - IDENTIFICAÇÃO GERAL

Instituição: _____ Turno: _____ Grau: _____ Série: _____
 Distrito: _____ Regional: _____ Nº da Escola: _____

2 - IDENTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nome: _____ Nº do Cadastro: _____
 Sexo: _____ Nascimento: _____ Data do Cadastro: _____
 Cor: _____ Est. Civil: _____ Nat: _____
 Filiação: _____
 Responsável: _____
 Rua / Avenida: _____ Nº _____
 Bairro: _____ Cidade _____ Fone: _____

3 - ANAMNESE

Queixa principal: _____
 H.M.A. (Início, Evolução, Estado Atual) _____
 H. Progressiva _____
 H. Familiar _____

4 - EXAMES OBJETIVOS

Facies _____ Palato _____
 Labios _____ Oclusão _____
 Mucosa Bucal _____ Gengiva _____
 Língua _____ Presença de Bolsa _____
 Assoalho da Boca _____ Mobilidade Dental _____
 Outras Informações _____

5 - EXAMES COMPLEMENTARES

	RADIOGRAFIAS				
RX _____	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
Exames Laboratoriais _____					
Observações _____					

DIAGRAMA DAS ARCADAS

1º

	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">V VI III II I</td> <td style="padding: 0 5px;">I II III IV V</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Ano: _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">C.D. _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	V VI III II I	I II III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	Ano: _____	C.D. _____	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
V VI III II I	I II III IV V								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
Ano: _____	C.D. _____								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								

2º DIAGRAMA

2º

	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">V VI III II I</td> <td style="padding: 0 5px;">I II III IV V</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Ano: _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">C.D. _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	V VI III II I	I II III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	Ano: _____	C.D. _____	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
V VI III II I	I II III IV V								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
Ano: _____	C.D. _____								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								

3º DIAGRAMA

3º

	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">V VI III II I</td> <td style="padding: 0 5px;">I II III IV V</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Ano: _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">C.D. _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	V VI III II I	I II III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	Ano: _____	C.D. _____	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
V VI III II I	I II III IV V								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
Ano: _____	C.D. _____								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								