



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

MANUAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

FORTALEZA - CE
2015



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA
COORDENADORIA DE POLÍTICAS E ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
CÉLULA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENÇÃO DE SAÚDE BUCAL

MANUAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Organização: Janaína Rocha de Sousa Almeida, José Carlos de Souza Filho, Zislane Mendonça Viana,
Ricardo Barros Leal Rocha

FORTALEZA-CE

2015

Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra

Prefeito Municipal

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld

Secretária Municipal de Saúde

Lúcia Carvalho Cidrão

Secretária Executiva

Maria Imaculada Ferreira Fonseca

Coordenadora de Políticas e Atenção à Saúde- COPAS

André Luiz Benevides Bonfim

Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde – CEAPS

José Carlos de Souza Filho

Coordenador de Saúde Bucal

Janaína Rocha de Sousa Almeida

Zislane Mendonça Viana

Ricardo Barros Leal Rocha

Lorena Lodo

Luiza de Paula Sousa

Régia Vlândia Xavier do Amaral de Oliveira

José Aderson Mendes Martins

Fernando Antônio Amorim

Margarida Maria Saraiva

Priscilla Dias Leite de Lima

Assessoria Técnica em Saúde Bucal

Maria Eneide Leitão de Almeida

Apoio Científico

Iratuã Nobre Júnior e Zislane Mendonça Viana

Projeto Gráfico/Capa

Colaboradores

Associação Brasileira de Odontologia – CE (ABO-CE)

Conselho Regional de Odontologia – CE (CRO-CE)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Informações

Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza

R. Do Rosário, 283, Centro, CEP: 60.055-090

Telefone: 85-3433-1966

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M251 Manual de promoção de saúde bucal do município de Fortaleza/ Organizado por Janaina Rocha de Sousa Almeida... [et al.]. – Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.
144 p. : il.

Inclui bibliografia

1. Saúde Bucal. 2. Política de Saúde. 3. Promoção de Saúde. I. Almeida, Janaína Rocha de Sousa (org.).

CDD 617.601

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	6
1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo geral	10
2.2	Objetivos específicos	10
3	AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL	11
3.1	Acolhimento com classificação de risco em saúde bucal	11
3.2	Acolhimento em saúde bucal na UAPS George Benevides de Medeiros: um relato de experiência	15
3.3	Grupos anti-tabagismo: este é o caminho	22
3.4	A visita domiciliar do cirurgião-dentista: inclusão social e prevenção do câncer oral no âmbito da Estratégia Saúde da Família	28
3.5	Cuidados odontológicos na atenção domiciliar	40
3.6	Visita domiciliar em odontologia: relato de experiência da equipe de saúde bucal da UAPS Valdevino de Carvalho – Fortaleza	46
3.7	Estratégia de abordagem da saúde do Idoso na comunidade do Quintino Cunha	52
3.8	Oficina em saúde mental para os Agentes Comunitários de Saúde na UAPS Edmar Fujita: um relato de experiência	56
3.9	Promoção de saúde bucal na escola	60
3.10	Concurso cultural “Um olhar sobre a saúde bucal”	67
3.11	Ação coletiva de educação em saúde bucal na escola de ensino médio e fundamental, Fortaleza-Ce	71
3.12	Relato das atividades preventivas e de promoção de saúde desenvolvidas na escola	75
3.13	Projeto educação em saúde bucal	82
3.14	Prevenção da gravidez na adolescência: Um despertar para a co responsabilidade das decisões tomadas	86

3.15	A importância do atendimento odontológico e ações de promoção em saúde para gestantes da UAPS Anísio Teixeira no município de Fortaleza-Ce	92
3.16	Práticas integrativas complementares na atenção primária em saúde: relato de experiência	105
3.17	O projeto PET Saúde na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno, em Fortaleza-Ce	111
3.18	Oficina de saúde bucal: A potencialidade dos Agentes Comunitários de Saúde	116
3.19	Promoção da saúde por meio de educação e aconselhamento da prática da atividade física para a prevenção e recuperação de agravos à saúde	120
3.20	Ações de odontologia nas consultas de puericultura da estratégia de saúde da família	128
3.21	Avaliação do conhecimento de mães sobre a saúde bucal de seus bebês no atendimento de Puericultura	133

APRESENTAÇÃO

O presente manual tem como objetivo auxiliar os cirurgiões-dentistas no desenvolvimento de ações de promoção de saúde na Estratégia de Saúde da Família, constituindo-se em importante instrumento no planejamento de ações de educação em saúde.

Nesse contexto, apresentamos este documento, desenvolvido a partir da experiência relatada pelos cirurgiões-dentistas do Município de Fortaleza-Ce. O material foi elaborado por esses profissionais e organizado pela equipe da Coordenação Municipal de Saúde Bucal.

Dentre os temas abordados temos o acolhimento com classificação de risco em saúde bucal, onde são relatadas as experiências em diversos territórios do município, buscando-se através do respeito ao princípio de equidade proporcionar um serviço de saúde bucal, priorizando os que apresentam uma maior necessidade de tratamento.

Outro ponto importante que mereceu destaque foi a visita domiciliar apresentada como uma ferramenta de promoção e prevenção de saúde muito utilizada na Estratégia de Saúde da Família e que deve ser incorporada as atividades das Equipes de Saúde Bucal, representando uma estratégia de atenção à saúde de forma holística e integradora.

Trabalhar a saúde bucal por ciclos de vida é uma estratégia utilizada nas atividades de prevenção e promoção de saúde bucal adotadas no município, o que pode ser claramente visualizada através dos relatos de grupos de educação em saúde do idoso, das crianças, dos adolescentes e das gestantes.

Esperamos que este manual possa contribuir com o trabalho das Equipes de Saúde Bucal do município de Fortaleza-Ce, promovendo mais saúde e qualidade de vida para a população.

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld

Secretária de Saúde do Município de Fortaleza

A Associação Brasileira de Odontologia Seção Ceará instituição fundada em 24 de setembro de 1931 congrega nestes últimos 80 anos todos os cirurgiões-dentistas cearenses. Esta luta pelos interesses da categoria odontológica e pelos interesses da coletividade principalmente no que tange a promoção social em saúde da população. Atua fortemente no estímulo às produções científicas em odontologia e no reconhecimento da profissão perante a sociedade. A ABO - Ceará prioriza as pessoas, a valorização do cidadão, o seu bem-estar e sua integração sócio, político e cultural. Desta maneira, iniciativas como deste manual coadunam completamente com a alma da associação e com o coração dos associados.

Sobre o manual em si, cabe-nos enfatizar que entendemos que materializar rotinas e conhecimentos que são pertinentes a prática diária dos cirurgiões-dentistas pertencentes à rede municipal de saúde de Fortaleza não é tarefa fácil, entretanto é uma tarefa bela e sobejamente difícil. Tal tarefa difícil foi devidamente acabada neste manual, encontramos conhecimentos que nortearão ações, facilitarão a rotina e integrarão a rede de maneira e melhora a assistência.

Em suma, a ABO-Ce tem através de sua diretoria, o orgulho de apresentar este manual para a sociedade, assim como, tem interesse em facilitar quer seja de maneira material ou intelectual as novas versões deste manual que seguramente serão produzidas. Este intuito é fundamentado na vontade explícita dos cirurgiões-dentistas do estado em se fazer parte do grande projeto sempre em construção que se denomina Sistema Único de Saúde.

José Maria Sampaio Menezes Junior

Presidente da Associação Brasileira de Odontologia – Ceará

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988, regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, trouxe uma grande mudança das políticas de saúde no Brasil. Dentre as propostas trazidas com a nova política de saúde temos a universalidade dos atendimentos, a equidade, a integralidade, controle social, a descentralização e regionalização.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 com a finalidade de concretizar as diretrizes do SUS, tornando-se o principal programa de reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. A ESF busca romper o modelo de saúde vigente, centrado na doença e utiliza a concepção ampliada de saúde, levando em consideração as condições de vida e os determinantes sociais que estão inseridos na vida das pessoas.

Nesse contexto reformula o processo de trabalho com a atenção voltada para a família e as ações organizadoras do território. A equipe de saúde da família torna-se responsável por sua população adscrita e utiliza uma metodologia de trabalho baseada na promoção e prevenção de saúde.

Em 28 de dezembro de 2000, através da portaria 1.444, ocorreu a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na ESF. Com isso, busca-se ampliar o acesso da população brasileira, às ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal, bem como melhorar os indicadores de saúde e incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política do Brasil Sorridente, que apresenta diversas medidas que visam garantir a promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal. As principais atuações do Brasil Sorridente são: a reorganização da atenção básica em saúde bucal com a implantação das equipes de Saúde Bucal na ESF, a ampliação e qualificação da atenção especializada, especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público, além de articular outras ações intraministeriais e interministeriais.

Em 2004, ocorreu a adesão do município de Fortaleza à implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, proporcionando um aumento da oferta de serviços de saúde bucal na atenção primária.

As equipes de saúde bucal do município de Fortaleza proporcionam o acesso ao atendimento clínico para a execução de ações curativas, contudo destaca-se a grande ênfase dada a execução de ações de promoção e prevenção de saúde, buscando o alcance de uma saúde bucal de qualidade.

Cientes da importância da execução das ações de promoção e prevenção de saúde justifica-se a elaboração deste manual com o objetivo de guiar a realização das ações de promoção de saúde, pelas equipes de saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Apresentar as ações de promoção de saúde desenvolvidas no município de Fortaleza-Ce, pelas equipes de saúde bucal.

2.2 Objetivos específicos

- Implantar um guia para a execução das ações de promoção e prevenção em saúde,
- Orientar as equipes de saúde bucal quanto às ações que podem ser desenvolvidas extra clínica,
- Contribuir para a execução das ações de promoção em saúde bucal.
- Promover a integração interdisciplinar, favorecendo o trabalho entre os profissionais da equipe de saúde da família,
- Estimular a educação permanente em saúde para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família,
- Contribuir para a execução de um serviço de saúde bucal de qualidade para a população do município de Fortaleza-Ce.

3 AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

3.1 Acolhimento com classificação de risco em saúde bucal

Ana Cecília Dantas Fernandes, Carlismar Tavares Lima, Francisco Das Chagas Brito

RESUMO

Este trabalho refere-se a um estudo descritivo com abordagem quantitativa cujo objetivo foi conhecer e analisar como os cirurgiões-dentistas da Unidade de Atenção Primária à Saúde José Barros de Alencar da regional VI, no município de Fortaleza-Ce, avaliaram o acolhimento com classificação de risco em saúde bucal. A coleta de dados foi realizada em abril de 2014, através do exame clínico de 41 usuários da Equipe de Saúde Bucal Pedras, na micro área do Ancuri. A classificação de risco identificou os usuários em risco 1, 2 e 3, sendo os de risco 1 aqueles que necessitavam de tratamento preventivo, enquanto que os riscos 2 e 3 necessitavam de tratamento clínico-assistencial. Este estudo evidenciou a mudança lógica do atendimento, permitindo o critério de priorização da atenção seja no agravamento à saúde, e ou, no grau de sofrimento e não na ordem de chegada.

PALAVRAS CHAVE: Acolhimento. Classificação de Risco. Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

No acolhimento os processos de trabalho em saúde são operacionalizados de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004).

É relevante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a

demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde (BRASIL, 2006).

Portanto, acolher é um compromisso de respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

A Classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2009).

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo quantitativo descritivo, tendo em vista a realização de um acolhimento com classificação de risco em saúde bucal feito na micro área do Ancuri, área adstrita à Equipe de Saúde Bucal de Pedras da UAPS José Barros de Alencar, localizada no bairro de Pedras no município de Fortaleza- Ce, no dia 11 de abril de 2014. A amostra contou com a participação de 41 usuários.

Participam da atividade de acolhimento os 03 Cirurgiões-Dentistas, 02 Auxiliares de Saúde Bucal, e também 03 Agentes Comunitárias de Saúde.

Inicialmente são prestados todos os esclarecimentos necessários ao bom desempenho do processo de trabalho, como apresentação do profissional responsável pela área, população existente e também as dificuldades encontradas e, sobretudo esclarecer que todos serão examinados conforme classificação do risco em saúde bucal e agendados de acordo com o princípio da equidade, ou seja, os mais necessitados terão prioridade no atendimento. Desta forma, exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) de necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e das práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Os usuários são classificados de acordo com o seu grau de vulnerabilidade à doença bucal em risco 1 onde predomina a inexistência da doença cárie e neste caso existe a necessidade de tratamento preventivo (escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e de selantes). O risco 2 identifica a existência de pequenas cavidades de cárie e problemas gengivais, que necessitam de tratamento clínico assistencial. O risco 3 determina a

presença de cavidades cáries amplas, necessidade de exodontias, presença de doença periodontal, recomendando-se o tratamento clínico assistencial.

Foi realizada uma oficina sobre orientações e cuidados necessários com a higiene oral utilizando o Kit Odontológico Bocão. No sentido de reforçar a necessidade e importância do cuidado com os dentes, foi exibido um filme ilustrativo mostrando a técnica de escovação e as consequências da falta da mesma para a saúde dos dentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta etapa do trabalho se propõe a definir a ordem cronológica do atendimento clínico, levando em consideração a classificação de risco de cada paciente examinado.

Foram examinados 41 pacientes onde, o risco 1 representa 27% dos pacientes totalizando 11 pacientes, o risco 2 representa 20% com um número de 08 pacientes examinados e o risco 3 representa 54% correspondendo a 22 pacientes.

Desta forma, pode-se relatar que a maioria dos pacientes examinados necessita de tratamento clínico-assistencial e precisam ser agendados dentro da disponibilidade de vagas existentes, equivalendo em termos percentuais a 74% (Risco 2 e 3) dos pacientes.

Os pacientes de risco 1 são agendados para uma sessão de escovação supervisionada, aplicação de flúor e aplicação de selantes.

A classificação de risco vem sendo utilizada como uma ferramenta de inclusão para que não haja demora no atendimento dos que necessitem de uma conduta imediata. Por isso, todos os protocolos de classificação de risco são baseados na avaliação primária do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco proporciona aos serviços de saúde:

1. A melhoria de acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e de ordem de chegada;

2. A humanização das relações entre profissionais de saúde e pacientes no que se refere a forma de escutar este paciente em seus problemas e demandas;

3. O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementação das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos pacientes aos serviços de saúde por riscos apresentados e complexidade do problema;

4. O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos pacientes e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;

5. A técnica utilizada de avaliação com classificação de risco determina agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do paciente, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

REFÊRENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco aos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2006.

3.2 Acolhimento em saúde bucal na UAPS George Benevides de Medeiros: um relato de experiência

Herbert Barreto Pinho, Victor Torres Portela, Thamara Martins

RESUMO

A saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas, ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde. Promover estratégias de saúde coletiva que tenham sucesso é um dever do Estado e uma das atribuições da Estratégia Saúde da Família em todo Brasil. O presente trabalho tem o objetivo de mostrar uma experiência da Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS George Benevides de Medeiros na implantação da estratégia de acolhimento no território adscrito. O método consiste em, pelo menos uma vez ao mês, promover encontros no território com os usuários moradores destas áreas para debater questões relativas ao processo de saúde e adoecimento. Notou-se a crescente participação de pessoas que antes não frequentavam nossa unidade de saúde por descrédito e a diminuição da frequência de outras pessoas que frequentavam muito nossa unidade procurando tratamento odontológico, porém sem compromisso algum com o autocuidado. Notou-se uma tomada de fôlego motivacional por parte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Cirurgiões Dentistas neste processo o que favoreceu a qualidade do serviço de saúde bucal prestado à população.

PALAVRAS CHAVE: Acolhimento. Saúde Bucal. Promoção de Saúde.

INTRODUÇÃO

As definições da Organização Mundial de Saúde, utilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, nos fazem concluir que a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas, ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde.

Promover estratégias de saúde coletiva que tenham sucesso é um dever do Estado e uma das atribuições da Estratégia Saúde da Família em todo Brasil. Portanto, enquanto profissionais de saúde, devemos desenvolver, em nossa região de trabalho, alternativas

objetivas e criativas para superarmos as dificuldades políticas e econômicas e atingirmos os objetivos de controlar a incidência de doenças bucais, modificando práticas mutiladoras para uma prática que conhecemos como práticas de odontologia integral.

O presente trabalho tem como objetivo mostrar experiência da Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS George Benevides de Medeiros na implantação da estratégia de acolhimento no território adscrito. Decorrente de seminários promovidos pela gestão que, dentre outros temas, abordou uma nova modalidade de ingresso em atendimento clínico, as equipes da unidade citada implantaram um método particular de interlocução para com o usuário.

MARCO TEÓRICO

Segundo Vilaça (1986), a odontologia integral modifica, substantivamente, elementos estruturais das outras práticas, e seus sete elementos ideológicos sobre a reforma sanitária e a educação odontológica, consistem em:

1- Coletivismo, pois é uma odontologia que resgata a característica coletiva no objetivo da prática odontológica;

2- Integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, pois reconhece os problemas decorrentes do corte entre as condutas promocionais, preventivas e curativas, sob a hegemonia do curativo, que procura recompor a integralidade do ato odontológico, porém agora sob a hegemonia do promocional e preventivo;

3- Descentralização da atenção odontológica, em que a concentração dos recursos da odontologia científica é substituída pela idéia de níveis de atenção, propondo-se a universalização do acesso a todos os níveis e o deslocamento do poder decisório para a periferia do sistema (descentralização do poder), atingindo tanto profissionais de saúde e da educação, quanto à população em geral;

4- Inclusão de práticas odontológicas alternativas, que valorizam as práticas odontológicas diferentes e criativas procurando captar o discurso popular da odontologia para integrá-lo, dialeticamente, com o discurso oficial científico;

5- Estabelecimento de equipes de saúde, pois o especialismo é substituído pela idéia de equipe odontológica, em que se distribuirão as funções odontológicas por diversos tipos de recursos humanos, profissional e/ou da própria comunidade;

6- Tecnologia apropriada, em que a mitificação do ato técnico e da sua sofisticação é substituída pela idéia de uso de uma tecnologia, que seja eficaz, quando aplicada no nível de atenção adequado, a um custo social mínimo;

7- Participação comunitária, pois a comunidade deve participar ativamente dos processos educacionais e da prática odontológica, como condição básica de sua democratização.

Vilaça (1986) deixa claro que este marco conceitual, explicitado com seus principais elementos ideológicos, não se constrói rapidamente, pelo contrário, deve ser induzido a partir da reflexão em cima de uma nova prática profissional e de um novo modelo de educação odontológica, desde o profissional de saúde até o usuário do serviço de saúde.

Para Medeiros (2010) acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e sua efetivação estará relacionada com a utilização dos recursos disponíveis que se adequem e concorram para a resolução dos problemas dos usuários. Acolher do ponto de vista físico, assistência à saúde somente, mostrou-se deficiente, necessitando de ampliação e implementação das condições existentes, representadas para os usuários especialmente pela simples disponibilidade de água potável na unidade e uma estrutura física mais adequada às necessidades do binômio profissional- paciente.

Medeiros (2010) ainda atenta para o fato de que para se ter satisfação e acolhimento, faz-se necessária uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades, garantindo confortabilidade, condições adequadas de trabalho para os profissionais e de espera e atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas. Entretanto, a existência de uma relação profissional-usuário satisfatória e reconhecida pelos usuários denota um grau de responsabilidade da Estratégia Saúde da Família com a população.

É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde e que é preciso mais politização dos usuários, para que o efetivo

controle social se estabeleça através de reivindicações firmes e organizadas, sendo esta participação o engate para que a unidade possa oferecer um acolhimento pleno, centrado na satisfação das necessidades e na conscientização do gestor das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade, além de favorecer simultaneamente a construção de uma sociedade mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e seus direitos, contribuindo para a modificação positiva do perfil sócio-sanitário do seu espaço social.

O que mudou, na curva do século, e sofreu uma alteração irreparável foi o próprio saber como modo de ser prévio e indiviso entre o sujeito que conhece e o objeto do conhecimento (FOUCAULT, 1966, p. 270).

Segundo Foucault (1966), o saber possui uma unidade de formação extensível a todas as especificidades discursivas bem como aos seus diferentes objetos, unidade essa que é mutável através da história. Uma abordagem assim foge do etnocentrismo que equivocadamente associa educação em saúde com situação econômica.

Já em termos epidemiológicos, Lima (2007), esclarece que a cárie dental não é um processo normal, pois evoluímos sem a interferência de artifícios como açúcares complexos e dieta com poucas fibras. Os mecanismos bioquímicos salivares tendem a ajudar no combate a esta doença, tornando suas consequências dependentes fundamentalmente de fatores preventivos.

Portanto, palestras motivacionais, dinâmicas grupais e uma constante gestão sempre presente nas equipes se mostram indispensáveis para o cotidiano numa unidade de saúde. Para que palestras e dinâmicas grupais sejam bem vindas numa comunidade, o profissional deve se inserir em campo como um antropólogo, para conquistar a confiança daquela comunidade sem violentar suas crenças e seus costumes, sem a antipatia de uma superioridade ideológica.

OBJETIVOS

1- Discutir, através das experiências em nossos acolhimentos, UAPS George Benevides de Medeiros nas comunidades do bairro Quintino Cunha, Fortaleza- Ce, saídas para minimizar a demanda reprimida devido à falta de cobertura da ESF em uma área tão grande.

2- Organizar a demanda clínica para não termos mais filas nas unidades de saúde.

3- Estabelecer uma cultura de autocuidado em saúde bucal, bem como estabelecermos a responsabilização do cidadão da área para com sua higienização bucodentária.

METODOLOGIA

A experiência em questão aconteceu na Unidade de Atenção Primária de Saúde – UAPS George Benevides de Medeiros, localizada no bairro Quintino Cunha, no município de Fortaleza-Ce. A UAPS possui 4 equipes de saúde da Família e 4 de Saúde Bucal.

As equipes de saúde bucal adentraram espaços sociais nos territórios relativos à sua responsabilidade sanitária, capacitaram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e outros trabalhadores em saúde atuantes dentro da unidade com palestras, vídeos e reuniões para que possamos ir à comunidade com uma calibração adequada para o processo de acolhimento, pois este momento também deve ser um momento dinâmico de educação em saúde.

O método consiste em, pelo menos uma vez ao mês, promover encontros no território com os usuários moradores destas áreas para debater questões relativas ao processo de saúde e adoecimento sem perder o enfoque crítico para com os processos políticos em que estamos inseridos e que dependem imediatamente de nossas atuações. São abordados temas relativos à doença periodontal, cárie, métodos de prevenção, organização da UAPS, políticas e controle social, além dos princípios do SUS.

Num primeiro momento o levantamento de necessidades é descartado, como forma de evitar o entendimento simplório do processo. Aos poucos, tentar eliminar do imaginário popular o conceito de que o atendimento por ficha é o ideal, substituindo-o pelo ingresso no sistema baseado na equidade e na apropriação da filosofia do autocuidado apoiado.

O usuário passaria então a frequentar estes momentos e seria elaborada uma lista de frequência, que futuramente e gradativamente possibilitaria a inserção no atendimento clínico. Não devemos priorizar níveis de gravidade inicialmente, pois não temos conhecimento dos casos, já que não será realizada uma triagem no local, logo os primeiros escolhidos para o tratamento completo (TC) na clínica serão escolhidos por sorteio.

Com o tempo, seriam observados níveis de prevenção alcançados, entendimento da dinâmica clínica e suas limitações, assim como grau de participação nos acolhimentos

odontológicos promovidos pela unidade. Na prática, serão favorecidos os usuários que se responsabilizam pelo autocuidado, e, com a abordagem educativa de nossas intencionalidades temporais, todos serão favorecidos.

RESULTADOS

Nos primeiros 3 meses de implantação do acolhimento foram observados: diminuição na procura por fichas, aumento dos casos de urgência, diminuição do absenteísmo nas consultas, moderada participação dos eventos de acolhimento, e melhora no controle de biofilme dental/ placa.

Notou-se a crescente participação de pessoas que antes não frequentavam nossa unidade de saúde por descrédito e a diminuição da frequência de outras pessoas que frequentavam muito nossa unidade procurando tratamento odontológico, porém sem compromisso algum com o autocuidado.

Notou-se uma motivação por parte dos profissionais ACS e Cirurgiões Dentistas neste processo.

REFERÊNCIAS

BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Bauru: UNESP; EDUSC, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria **Executiva Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000.

CAMARGO- BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 26- 32, maio/ago. 2005.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Lisboa: Portugal, 1966.

LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortoped. Facial**, Maringá, v. 12, n.6, p. 119-130, nov/dez. 2007.

MEDEIROS, F.A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública**, v. 12, n.3, p. 402-413, jun. 2010.

TEIXEIRA, C. F. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**: Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011.

VILAÇA, E. M. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, out./dez. 1986.

VILAÇA, E. M. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

3.3 Grupos anti-tabagismo: este é o caminho

Jameire Machado Ferreira, Lelia Maria Barbosa Pessoa, Maria José Andrade Ximenes

RESUMO

O tabagismo é considerado problema de saúde pública e principal causa de morte evitável no mundo, matando por ano no Brasil duzentas mil pessoas. É fator causal de quase cinquenta doenças incapacitantes e fatais. Porém, parar de fumar reduz gradativamente o risco dessas doenças e o organismo vai se restabelecendo. Tem-se como objetivo apresentar o potencial de grupos antitabagismo como estratégia da atenção primária no combate ao tabagismo. Trata-se de relato de experiência de dois grupos antitabagismo da Equipe de Saúde da Família 4 Varas, em 2013 e 2014. Os grupos iniciaram após convite à população com desejo de parar de fumar. A programação se fundamentou em estratégias do programa antitabagismo, como uso de medicamentos necessários, cartilhas, técnicas de relaxamento, terapias complementares (Yoga e acupuntura). No primeiro grupo, dez pessoas iniciaram as atividades propostas, alguns foram desistindo, por falta de tempo devido trabalho, e apenas dois pararam de fumar. No segundo, oito pessoas iniciaram no grupo, quatro desistiram, e outras quatro chegaram ao final da programação e conseguiram parar de fumar. Concluímos haver grande dificuldade em interromper esse hábito. Porém, manter-se motivado em grupo bem estruturado, com profissionais capacitados e dedicados, torna-se tarefa bem mais possível. Fato reforçado pelas tentativas fracassadas de todos os integrantes ao tentar parar sozinhos. Acredita-se nesta proposta, pois as pessoas que permaneceram assíduas conseguiram sucesso. Espera-se que esses resultados possam influenciar outros usuários a participar do programa e interromper o hábito de fumar, assim como incentivar a prática de grupos antitabagismo em outros locais.

PALAVRAS CHAVE: Tabaco. Saúde da Família. Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública e a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Está associado à alta morbimortalidade, sendo responsável por aproximadamente cinco milhões de mortes ao ano. Cerca de 70% destas ocorrem nos países em desenvolvimento. Juntamente com HIV/AIDS, o tabagismo é a causa de morte de maior crescimento no mundo e será a principal causa de morte prematura na década de 2020 (OMS, 2003; INCA, 2007; ANVISA, 2009).

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina, estando por isso, inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10), da OMS (ANVISA, 2009).

No Brasil, o tabagismo mata 200 mil pessoas por ano. É fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais, como: infarto do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crônica, AVC, úlcera, trombose vascular, osteoporose, impotência sexual, complicações na gravidez, etc (INCA, 2007).

Em crianças e bebês, de famílias de fumantes, há maior frequência de resfriados e infecções de ouvido, maior risco de doenças respiratórias, como pneumonia e bronquite, maior incidência de alergias e infecções e risco cinco vezes maior de morrerem subitamente. Porém ao parar de fumar, o risco de apresentarem essas doenças vai diminuindo gradativamente e o organismo do ex-fumante vai se restabelecendo (INCA, 2007).

A pessoa que fuma fica dependente de nicotina, considerada uma droga bastante poderosa que atua no sistema nervoso central como a cocaína, a heroína, o álcool, com a diferença de chegar ao cérebro em apenas 7 a 19 segundos. É normal os primeiros dias em que a pessoa para de fumar serem mais difíceis, porém tende a melhorar a cada dia (INCA, 2007).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007), o fumante comparado ao não fumante apresenta riscos:

- 10 vezes maior de adoecer de câncer de pulmão;
- 5 vezes maior de sofrer de infarto;

- 5 vezes maior de sofrer de bronquite e enfisema pulmonar;
- 2 vezes maior de sofrer derrame cerebral.

O INCA acrescenta ainda que se a pessoa parar de fumar agora:

- Após 20 minutos sua pressão sanguínea e pulsação voltam ao normal;
- Após 2 horas não há mais nicotina no sangue;
- Após 8 horas o nível de oxigênio no sangue normaliza;
- Após 2 dias seu olfato e paladar melhoram;
- Após 3 semanas a respiração fica mais fácil e a circulação sanguínea melhora;
- Após 10 anos o risco de sofrer infarto é igual a quem nunca fumou;
- Após 20 anos o risco de sofrer câncer de pulmão é igual ao de quem nunca fumou (INCA, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB do Brasil tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Esta preconiza o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A prevenção e o tratamento do tabagismo é uma ação que traduz as orientações da PNAB quanto às diretrizes propostas. Desta forma, e a partir do referencial exposto, percebe-se a importância de desenvolver ações direcionadas ao controle do tabaco na atenção básica. Portanto, a partir da realidade epidemiológica observada pela equipe de Saúde da Família da UAPS 4 Varas a respeito do alto índice de tabagistas em sua área de abrangência, e do interesse desta população em parar de fumar, surgiu o interesse de implantar o programa antitabagismo na unidade de saúde através de grupo antitabagismo.

O objetivo deste trabalho é apresentar o potencial de grupos antitabagismo como estratégia da atenção primária no combate ao tabagismo, através de resultados obtidos na

experiência desses grupos na Unidade de Atenção Primária de Saúde - UAPS 4 Varas, no município de Fortaleza-CE.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de dois grupos antitabagismo da Equipe de Saúde da Família 4 Varas, em Fortaleza - CE. A idéia de implantação deste grupo surgiu após observação do grande número de fumantes na população da área de abrangência da equipe, e investigação do número de pessoas que desejavam parar de fumar.

Os grupos aconteceram na própria unidade nos meses de abril a maio de 2013 e fevereiro a março de 2014, com duração de 2 meses aproximadamente, cada grupo. Acreditamos que este é um período suficiente para que haja o acompanhamento das pessoas que participaram do grupo, porém, caso haja necessidade, alguns pacientes podem continuar sendo acompanhado após esse prazo individualmente. Portanto, achamos conveniente que hajam grupos de forma sistemática, com a frequência entre um grupo e outro de 2 meses, a depender das possibilidades do serviço.

A UAPS 4 Varas se localiza no bairro Colônia na SER I do Município de Fortaleza. A unidade atua com uma equipe de saúde da família, com população adscrita de 3.400 pessoas, todas residentes em área de risco.

RESULTADOS

Os grupos iniciaram após convite à população da área de abrangência da UAPS 4 Varas, pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares e pelos demais membros da Equipe durante suas atividades rotineiras.

A programação dos grupos se baseou em estratégias do programa antitabagismo, como:

- 1- o uso de medicamentos necessários, por exemplo: adesivos de nicotina de 21mg, 14mg e 7mg, caso necessário e por indicação do médico da equipe;
- 2- cartilhas do programa anti-tabagismo do Ministério da Saúde - MS, constando de quatro fascículos: “Entender porque se fuma e como isso afeta a saúde” (INCA, 2004a); “Os primeiros dias sem fumar” (INCA, 2004b); “Como

vencer os obstáculos para permanecer sem fumar (INCA, 2004c); “Benefícios obtidos após parar de fumar” (INCA, 2004d); trabalhados em 4 encontros semanais;

3- técnicas de relaxamento e terapias complementares como Yoga e acupuntura. Ambas realizadas pela dentista habilitada nas duas terapias, usando técnicas de respiração e exercícios da yoga.

Todos os profissionais foram habilitados para o programa Anti Tabagismo do MS, através da prefeitura.

A partir do desejo de parar de fumar, no primeiro grupo, dez pessoas iniciaram a participação nas atividades propostas, destes alguns desistiram, por vários motivos inclusive falta de tempo pelo trabalho, e apenas dois pararam de fumar.

No segundo grupo, oito pessoas iniciaram a participação, com o mesmo desejo de parar de fumar. Destes, quatro desistiram, e os outros quatro que chegaram ao final da programação conseguiram parar de fumar.

CONCLUSÕES

Concluimos que há uma grande dificuldade de se manter motivado para parar de fumar, mas que quando se consegue essa motivação em grupo, essa tarefa difícil se torna bem mais possível.

Nos grupos, os membros se influenciaram positivamente e foram apoiados por um grupo bem estruturado, com profissionais capacitados e dedicados, tornando o desejo inicial de parar o hábito de fumar mais fácil e atingível. Isso é comprovado pelo fato de que quase todos os integrantes dos grupos já haviam tentado parar sozinhos e não conseguiram.

O apoio do grupo foi fundamental para aqueles que participaram e chegaram ao final da programação com o êxito de parar de fumar. Acreditamos que este é o caminho, e que apesar da pequena quantidade de pessoas que se mantiveram assíduas, para aquelas que conseguiram, o grupo foi um sucesso.

Acredita-se que esses bons resultados poderão também influenciar outros usuários a participar do programa e interromper o hábito de fumar, assim como incentivar a prática de grupos antitabagismo em outros locais.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **A ANVISA na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco.** Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. (Brasil). **Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2004a.

_____. **Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fumar.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2004b.

_____. **Deixando de fumar sem mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2004c.

_____. **Deixando de fumar sem mistérios: benefícios obtidos após parar de fumar.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2004d.

_____. **Tabagismo: um grave problema de saúde pública.** Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Tabagismo passivo.** Rio de Janeiro, [2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>. Acesso em: 15 jul. 2014.

OMS. **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento.** Genebra, 2003.

3.4 A visita domiciliar do cirurgião-dentista: inclusão social e prevenção do câncer oral no âmbito da Estratégia Saúde da Família

Luzia Lobo Moreira, Danielle Teixeira Queiroz

RESUMO

Este trabalho apresenta um relato de experiência das visitas domiciliares de uma Cirurgiã-Dentista, juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde – ACS, realizadas no território do Centro de Saúde da Família Pio XII da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de abril e maio de 2012. O Instituto Nacional do Câncer estimou para o ano de 2012, 385 mil novos casos de câncer; destes, o câncer de boca corresponde a 14.170 casos (INCA). Após a identificação de quatro casos de câncer oral nos usuários do CSF Pio XII, no período de 2009 a 2011, um dos quais com desfecho fatal, houve a motivação da equipe para estender essa busca aos domicílios, principalmente de pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção. Destinou-se um turno semanal ao projeto, fechando um cronograma com cinco ACS. Organizou-se uma maleta contendo lanterna, luvas, máscaras, abaixadores de língua e ainda kits de higiene oral. A dinâmica da visita seguiu o seguinte protocolo: agendamento da visita pela ACS, conversa sobre os objetivos da visita, ressaltando a importância do diagnóstico precoce do câncer de boca e do cuidado com a higiene oral do acamado, realização do exame oral, anotações dos dados, orientações sobre higienização oral e das próteses e encaminhamentos de acordo com as necessidades identificadas no exame. Houve boa aceitação das famílias às visitas do dentista, havendo apenas três recusas aos exames. Foram feitos 60 exames orais nos 39 domicílios visitados. Detectou-se 08 lesões em tecidos moles, mas nenhuma com aspecto de malignidade. Foram realizados dois tratamentos odontológicos dos nove encaminhamentos dados. A utilização de uma tecnologia leve, como as visitas domiciliares, possibilitou o acesso de acamados e idosos ao Dentista, incluindo-os no direito à saúde bucal e à informação para a promoção de saúde e qualidade de vida. Percebe-se a importância da humanização da atenção à saúde e do cuidado integral, ocupando o cirurgião dentista relevante papel na Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS CHAVE: Visita Domiciliar. Câncer de Boca. Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a atenção em saúde bucal, no Brasil, tem se dado em consultórios odontológicos, demandando uma pesada carga tecnológica para produzir a “cura” dos problemas orais, com o foco na doença e no indivíduo. Este tipo de prática, por ser de alto custo, excluiu a maioria da população brasileira ao acesso à saúde bucal (NARVAI, 1994).

O incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a inserção da Equipe de Saúde Bucal, a partir do ano 2000, na Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2000), implantada oficialmente desde 1994 visando reformular o modelo de prática de saúde vigente, vem oportunizando o desenvolvimento de experiências que ampliam o foco para a promoção e prevenção da saúde de forma mais integralizada, considerando as peculiaridades do contexto social dos usuários dos serviços de saúde e utilizando-se de tecnologias leves, nas quais Cirurgiões-Dentistas podem ir ao encontro de coletivos como grupos de escolares ou famílias, sem desconsiderar a necessidade de intervenção clínica acumulada (BRASIL, 2003).

No Brasil, a visita domiciliar tem suas raízes nos antigos médicos de família e nas visitadoras sanitárias, iniciativa esta que marcou a inclusão dessa atividade na saúde pública no ano de 1920, pelo então Departamento Nacional de Saúde; as visitadoras faziam parte do serviço de profilaxia da tuberculose e outras endemias, destacando-se o caráter autoritário e higienista dessa ação (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Embora a visita domiciliar - VD seja amplamente utilizada na Estratégia Saúde da Família, principalmente pelos Agentes Comunitárias de Saúde – ACS bem como pelos Enfermeiros e Médicos, no acompanhamento de pacientes convalescentes, ainda é incipiente a utilização desse importante recurso pelo Cirurgião-Dentista.

Um dos trabalhos inspiradores neste campo é o de uma equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família Lírio dos Vales na cidade de Alagoinhas BA, que utiliza a VD como estratégia para ampliar o cuidado em saúde bucal, possibilitando o acesso a usuários com dificuldades psicológicas e/ou motoras (BARROS, 2005).

No contexto deste trabalho, compartilha-se o entendimento de Kawamoto, no qual a VD representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento, se apresenta como um método que amplia a dimensão do

assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família; além da busca da participação do paciente e seus familiares no processo do cuidado (KAWAMOTO, 1995).

Nessa perspectiva, torna-se relevante citar a noção de empoderamento, inculcando no indivíduo a consciência crítica de seu papel de promotor de sua saúde. A VD torna-se assim, um meio de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde, conforme preconizadas na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde ocorrida em Ottawa (OPAS, 1986).

Tendo como norte esses conceitos, a equipe de saúde bucal do Centro de Saúde da Família – CSF Pio XII empreendeu um trabalho de ir ao encontro dos usuários que estavam impossibilitados de buscar o serviço de saúde, quer pelo estado de acamados ou pela existência de outra barreira, objetivando alcançá-los e inseri-los no programa de atenção à saúde bucal. Esse programa, além do atendimento clínico, envolve ações de promoção e prevenção em grupos de gestantes, portadores de hipertensão e diabetes e ainda com alunos de três escolas públicas com atividades educativas, escovação supervisionada, aplicação de flúor-gel e levantamento de necessidades orais. Desde 2008 vem sendo feito, sistematicamente, o exame oral para busca de lesões com potencial de malignização nas pessoas acima de quarenta anos que frequentam os grupos de portadores de hipertensão e diabetes, participam das campanhas de imunização da influenza ou procuram o serviço odontológico por qualquer motivo.

Atualmente, o câncer é um dos problemas mais complexos de Saúde Pública que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido. A Organização Mundial da Saúde – OMS considera que cerca de 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas, o que faz da prevenção um componente essencial de Todos os planos de controle do câncer. (INCA, 2011).

Assim, o rastreamento do câncer de boca se reveste de importância pela magnitude do problema de saúde pública que ele representa. As estimativas do Instituto Nacional do Câncer – INCA, para os anos de 2012 e 2013, apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma. Sem esses casos, estima-se um total de 385 mil casos novos. O câncer de cavidade oral ocupa a sétima posição em incidência com a previsão de 14.170 novos casos, ficando o estado do Ceará com a previsão de 430 casos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e de cavidade oral para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino (INCA, 2011).

Um dos problemas para o diagnóstico precoce de câncer oral é que a grande maioria da população considerada de risco, acima de 40 anos, não frequenta regularmente o consultório odontológico. Segundo Narvai (1994), o setor privado da odontologia brasileira proporciona atendimento frequente a somente 5% da população devido aos aspectos curativistas e do alto custo que tem caracterizado esta prática. Para outros 15%, a frequência é de modo irregular e, para o restante da população, a odontologia oferece resposta mutiladora, ou seja, a extração, que para as classes populares acaba por ser a melhor saída para a solução de seu problema – a dor.

O programa de rastreamento de câncer oral no território do CSF Pio XII, iniciado em 2008, diagnosticou quatro casos de câncer na região de orofaringe, sendo todos encaminhados para a realização de cirurgia. Um dos casos, diagnosticado em estadiamento avançado, teve desfecho fatal. No primeiro semestre de 2012, foram realizados 189 exames de busca de câncer oral, encontrando 25 lesões em tecido mole; a maioria das lesões é relacionada ao uso de prótese total, tais como hiperplasia no palato e traumatismos. Chamou a atenção três casos de leucoplasia e um de papiloma, consideradas lesões relacionadas ao câncer e, ainda, uma seqüela de Carcinoma Espinocelular - CEC na orofaringe (Quadro 1).

Todos estes fatos motivaram a equipe de saúde bucal a sair em campo ao encontro de pessoas excluídas do acesso ao serviço de saúde bucal, motivada inicialmente pela busca ativa de lesões orais e, depois, pela compreensão da importância de incluir essas pessoas ao direito à informação e ao cuidado em saúde bucal.

OBJETIVOS

A experiência relatada neste trabalho objetiva ressaltar a importância da visita domiciliar do Cirurgião-Dentista, numa visão multiprofissional, como meio para incluir pessoas no direito à saúde bucal, como ferramenta eficaz na busca ativa de lesões orais e ainda como instrumento que favorece a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento a usuários que, pela condição de acamados e pela dificuldade de locomoção, não teriam acesso ao serviço de saúde bucal.

- Ressaltar a importância da visita domiciliar do Cirurgião-Dentista como instrumento que favorece a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento a usuários;
- Realizar exame clínico na busca ativa de lesões orais;
- Fortalecer a abordagem transdisciplinar numa visão multiprofissional;
- Tornar acessível o direito à saúde bucal às pessoas acamadas;
- Estimular as práticas de promoção de saúde bucal;

METODOLOGIA

Estudo descritivo que consta de um relato de experiência, cujos dados foram colhidos a partir das vivências, observações e registros realizados durante as visitas domiciliares da equipe de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza-CE.

Esta experiência se passou no território de abrangência do Centro de Saúde da Família Pio XII, localizado no bairro São João do Tauape, pertencente à Secretaria Executiva Regional II do município de Fortaleza – CE. Essa unidade de saúde tem responsabilidade sanitária sobre uma população total de 32.482 habitantes, distribuída nos bairros São João do Tauape e Dionísio Torres.

Apesar de ser considerado um setor de alto desenvolvimento socioeconômico da cidade (área nobre), apresenta áreas menos favorecidas que evidenciam a desigualdade social. Atualmente, O CSF Pio XII possui apenas uma equipe da Estratégia Saúde da Família que cobre sete micro áreas do território com, aproximadamente, 5.694 habitantes cadastrados na ESF (SIAB). A estrutura física da unidade de saúde é pequena e precária

em vários aspectos, mas, ainda assim, desenvolve ações nas áreas prioritárias de atenção à saúde, como por exemplo, atenção à hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde da criança e da mulher, imunização, saúde bucal, vigilância epidemiológica e etc.

Os sujeitos do estudo são compostos por pessoas que estavam acamadas por qualquer motivo ou que apresentassem dificuldades de locomoção e acesso a unidade de saúde. Segundo um levantamento feito junto às ACS, havia cerca de 64 pessoas na área coberta pela equipe da ESF nas condições citadas durante os meses de abril e maio de 2012. Além do público inicialmente previsto, também se incluiu os cuidadores das pessoas acamadas que quiseram aderir ao exame oral.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Uma reunião da equipe de saúde bucal com as ACS da área reforçou a necessidade de realização das visitas domiciliares do cirurgião dentista para garantir o acesso dos usuários acamados ou com dificuldade de locomoção à saúde bucal. Organizou-se um cronograma de trabalho, prevendo um turno semanal para a atividade. Não foi assegurado transporte pela unidade de saúde; decidiu-se, então, fazer as visitas a pé, montando um roteiro numa sequência de domicílios, por micro áreas e ACS, que facilitasse o percurso.

O passo seguinte foi organizar uma maleta contendo lanterna, luvas de procedimento, máscaras, abaixadores de língua e, ainda, kits de higiene oral (escova, creme e fio dental). Providenciaram-se também as fichas para anotação dos exames orais e um livro-ata de registro da ação e assinatura do responsável pela família. As ACS, de posse do cronograma, deveriam avisar com antecedência o dia da visita, já adiantando os objetivos.

Protocolo da visita domiciliar

Agendamento:

No início da semana, a ACS fazia o agendamento da visita com as famílias, prevendo o turno e horários mais adequados para cada família. Neste momento se esclarecia sobre a importância de um exame oral pelo menos uma vez ao ano.

A equipe de trabalho:

A cirurgiã dentista (CD) estava sempre acompanhada pela ACS responsável pela família e pela Auxiliar de Saúde Bucal – ASB. Em algumas visitas, estiveram presentes

apenas a ACS e a CD. Outros membros da equipe como o Médico e a Enfermeira foram solicitados a participar para assegurar a integralidade e a segurança do atendimento clínico, quando necessário.

Apresentações e esclarecimentos:

Após as devidas apresentações pessoais, seguia-se uma conversa informal sobre as condições de saúde do usuário visitado e dos objetivos da visita, ressaltando a importância do diagnóstico precoce do câncer de boca; também se evidenciava a necessidade do cuidado com a higiene oral do acamado e idoso na prevenção de infecções oportunistas ocasionadas por micro-organismos presentes na cavidade oral.

O exame oral:

Em seguida, procedia-se a realização do exame oral, usando abaixador de língua e lanterna. Todas as estruturas orais eram examinadas e palpadas, inclusive a região cervical e face, sempre tracionando a língua para os lados e para cima.

Seguia-se uma sequência básica de examinar visualmente os lábios superiores e inferiores, mucosa jugal, palato duro e mole, rebordos alveolares, dentes e língua com palpação em toda a extensão dos vestíbulos e assoalho bucal. Indagava-se sobre alguma queixa ou dificuldade de deglutir.

Geralmente, uma segunda pessoa segurava a lanterna, geralmente a ACS ou ASB. Procurava-se por qualquer alteração na normalidade dos tecidos da cavidade oral, tais como úlceras, traumatismos, manchas brancas e vermelhas, nódulos, mobilidade dental sem relação com doença periodontal, sangramentos, dificuldade de movimentação de qualquer estrutura da boca.

Anotações:

As anotações dos dados foram feitas numa ficha e no livro-ata, registrando o nome, idade, endereço e as condições encontradas no exame oral, bem como as co-morbidades do usuário examinado, simplificando a anotação do resultado do exame com expressão “OK”, caso nenhuma estrutura estivesse alterada.

Orientações de higiene oral:

Após as anotações, foi dado o retorno dos achados no exame para o usuário e ou seus cuidadores, repassando as devidas orientações sobre higienização oral e das próteses como importantes medidas de prevenção de disseminação das infecções orais para outros órgãos. Alguns trabalhos têm demonstrado que o controle de infecção oral em pacientes internados

diminui o número de casos de infecções nosocomiais como, por exemplo, casos de pneumonia por aspiração e complicações cardíacas (KAHN *et al.*, 2010).

Encaminhamentos:

A última etapa constou das prescrições e dos encaminhamentos para tratamento, de acordo com as necessidades identificadas no exame. Considerou-se importante principalmente remover raízes residuais que apresentassem foco infeccioso e tratar a doença periodontal como medidas preventivas de infecções nosocomiais. (SCANNAPIECO; BUSH; PAJU, 2003).

RESULTADOS

Foram visitados 39 domicílios nas micro áreas de seis ACS, no período de abril e maio de 2012, realizando 60 exames orais. Foram encontradas oito lesões, mas nenhuma com aspecto de agressividade e malignidade. Eram traumatismos e estomatites por uso de próteses mal adaptadas e mal higienizadas, queilite angular, um nódulo submandibular, sugestivo de cisto residual e uma lesão na pele. Um dos visitados estava com sonda nasal para alimentação devido a uma seqüela de cirurgia para retirada de Carcinoma Espinocelular na orofaringe. Chamou a atenção o fato do serviço de saúde bucal não ter tomado conhecimento desse caso anteriormente (Quadro 2).

O exame oral proporcionou identificar outras necessidades de atenção odontológica nas áreas de cirurgia, dentística e periodontia. A conduta diante dos resultados dos exames constou de orientações de higienização da cavidade oral e das próteses, com demonstração e execução da ação quando necessário. Prescrições de medicamentos e colutórios, agendamento de acompanhamento das lesões em visitas posteriores e encaminhamento para tratamento odontológico, quando havia possibilidade de locomoção do usuário até o serviço de saúde.

Dos cinco encaminhamentos feitos, dois compareceram para atendimento na clínica odontológica, tendo sido realizado o devido tratamento. Buscou-se saber o motivo do não comparecimento dos outros usuários: um alegou não ter tempo por ser uma cuidadora de acamado e os demais disseram ter verdadeiro pavor de dentista e que preferiam ficar com as raízes residuais, a ter que entrar num consultório.

No geral, foi muito bem recebida a VD do Dentista pelas famílias que expressaram surpresa e admiração por não ter tido antes a oportunidade de ter esse profissional em suas

casas. Apenas três pessoas não fizeram o exame oral pelo estado físico mental muito comprometido, inviabilizando a abertura da boca.

Em um dos casos de necessidade de tratamento decidiu-se pelo atendimento domiciliar, uma vez que o usuário apresentava sequelas neurológicas, afetando a voz, pernas e braços, provenientes de um Acidente Vascular Cerebral, ocorrido há mais de seis meses, embora mantivesse a lucidez; também estava quase totalmente cego em consequência do Diabetes e apresentava hipertensão descontrolada. Mobilizou-se então a Enfermeira e o Médico da equipe da ESF na busca do controle da Diabetes e Hipertensão do usuário. Ele necessitava de exodontias e estava bastante incomodado com a situação de sua boca, apresentando dificuldades para se alimentar. Após duas semanas da mudança de medicamentos e dosagens, obteve-se um controle da pressão arterial e glicemia, oportunizando a realização das exodontias que se procederam sem nenhum transtorno.

CONCLUSÕES

Pode-se compreender ao final desse relato que princípios éticos da saúde, como acesso universalizado para a assistência, acolhimento, vínculo e humanização das relações profissional-usuário, descritos nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), foram contemplados na experiência das visitas domiciliares relatadas. A responsabilização do CD, dentro da ESF, pelos usuários de sua área de abrangência, foi ampliada pelo conhecimento das condições sócio-familiares.

A experiência relatada confirmou a eficácia da visita domiciliar do cirurgião dentista (CD), enquanto uma tecnologia leve, na atenção integralizada de pessoas que, de outra forma, não teriam acesso à saúde bucal devido a sua condição de acamados ou portadores de doenças crônicas que dificultam a locomoção.

A visita domiciliar, dentro da ESF, viabiliza ao cirurgião dentista uma visão ampliada e contextualizada dos usuários, num território-família, favorecendo a atuação do profissional frente a cada necessidade detectada. Também oportuniza o trabalho interdisciplinar na consecução do objetivo de promoção de saúde do usuário.

É de fundamental importância a postura do CD durante a visita, devendo ele demonstrar segurança e confiabilidade, despidendo-se de seus preconceitos e juízo de valores pessoais, oportunizando a abertura para o diálogo e compreensão do contexto familiar e social da pessoa visitada.

Além dos objetivos planejados, o contato mais humanizado e informal do usuário com o CD na visita domiciliar despertou preocupações na população visitada, há muito tempo esquecidas, na busca de uma melhor qualidade de saúde bucal, encorajando-os no enfrentamento do tradicional “medo do dentista”.

É importante dar continuidade a esta ação, reforçando os aspectos da inclusão social e da participação consciente dos usuários na promoção de sua saúde, encontrando a equipe de profissionais da ESF novas estratégias que assegurem o controle do câncer oral e das outros problemas de saúde em seu território de atuação.

REFERÊNCIAS

BARROS, G. B *et al.* Saúde Bucal a Usuários com Necessidades Especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, set./out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1444/GM, 28 de dezembro de 2000.

_____. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

KAHN, S. *et al.* Controle de infecção oral em pacientes internados: uma abordagem direcionada aos médicos intensivistas e cardiologistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1819-1826, 2010.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária.** São Paulo, SP: EPU, 1995.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa:** primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.

SCANNAPIECO, F. A.; BUSH, R. B.; PAJU, S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. **Ann. Periodontol.**, v. 8, p. 54-69, 2003.

QUADRO 1. QUADRO DOS EXAMES - LESÕES ORAIS DE 2012, DOS PACIENTES ATENDIDOS NO TERRITÓRIO DA UAPS PIO XII. FORTALEZA, 2012.

MESES - 2012	Nº DE EXAMES	DIAGNÓSTICO SUGESTIVO (25 LESÕES)
FEVEREIRO	03	01 TRAUMA (PRÓTESE)
MARÇO	15	-
ABRIL	60	01 NÓDULO (CERVICAL) 01 QUEILITE ANGULAR 01 QUEILITE ACTÍNICA 03 ESTOMATITE (PALATO) 01 TRAUMA (PRÓTESE) 01 LEUCOPLASIA 01 PAPILOMA (LÍNGUA)
MAIO	60	01 SEQUELA CA OROFARINGE 02 QUEILITE ANGULAR 01 CÂNDIDÍASE (PALATO) 01 HIPERPLASIA (PALATO) 01 TRAUMA (PRÓTESE) 01 LEUCOPLASIA 01 NÓDULO (CERVICAL)
JUNHO	42	02 HIPERPLASIA (PALATO) 01 LEUCOPLASIA 01 ESTOMATITE (PALATO)
JULHO	09	01 QUEILITE ANGULAR 01 HIPERPLASIA (TRAUMA)

Fonte: Dados dos autores

QUADRO 2. LESÕES DIAGNOSTICADAS DOS PACIENTES VISITADOS NO TERRITÓRIO DA UAPS PIO XII E CONDUTAS PROPOTAS, FORTALEZA, 2012.

DIAGNÓSTICO SUGESTIVO	CONDUTA
01 TRAUMA (prótese)	Enc. Troca prótese
03 ESTOMATITE PALATO (prótese)	Orientação higiene prótese e medidas locais de profilaxia
01 QUEILITE ANGULAR	Correção dos fatores desencadeantes, Anti-inflamatórios, antimicóticos
01 CISTO RESIDUAL (nódulo submandibular)	Enc. CEO – diagnóstico por Rx
CA DE PELE (REGIÃO PEITO)	Acompanhado pela Santa Casa de Misericórdia
SEQUELA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE OROFARINGE	Acompanhado pela Santa Casa de Misericórdia

Fonte: Dados dos autores

—

—

3.5 Cuidados odontológicos na atenção domiciliar

Lyana Leal Rocha, Thaís Helena Ramos Queiroz Mourão, Sâmia Bessa de Moraes

RESUMO

As visitas domiciliares (VD) na Atenção Básica têm sido uma das principais ferramentas utilizadas pelas equipes de saúde da Família (ESF). O cirurgião-dentista, como membro da equipe multiprofissional, é imprescindível para promover à saúde dessas famílias de forma integral. O objetivo do trabalho foi descrever as ações odontológicas realizadas nas visitas domiciliares por Cirurgiões-dentistas da ESF. As visitas foram realizadas no bairro Serrinha, em Fortaleza- CE, por profissionais da unidade Dom Aloísio Lorscheider. Os resultados demonstraram que pessoas acamadas por longos períodos apresentam saúde bucal deficiente, xerostomia, cárie, doença periodontal, candidíase, lesão oral por prótese mal adaptada, além dos cuidados odontológicos nas VD melhorarem a condição de saúde do paciente. Observou-se que para a visita ser uma forma de atenção integral ao indivíduo e a família, são necessárias mudanças na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

PALAVRAS CHAVE: Cuidados Odontológicos. Visita Domiciliar. Cirurgião-Dentista.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define assistência domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais, com objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas, incluindo cuidados para uma morte digna. Podem ser classificados em categorias preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo prazo e cuidados paliativos.” (BRASIL, 2012). Esta assistência pode ocorrer em diversas modalidades, dentre elas: visita domiciliar, Programa de Atendimento domiciliar de média complexidade e Internação domiciliar.

Acredita-se que as visitas domiciliares (VD) na Atenção Básica têm sido uma das principais ferramentas utilizadas pelas equipes de saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para promover e melhorar a qualidade de vida das

peças em seu cotidiano, no ambiente em que vivem. Visto que, a ESF “tem por responsabilidade, realizar o cuidado em saúde da população adscrita, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, Igrejas, ONGs) quando necessário.” (BRASIL, 2006).

O Cirurgião-dentista (CD), neste contexto, se concebe como um profissional da saúde, preparado para enfrentar ambientes domiciliares e “conviver” com a proximidade do sofrimento de pessoas que, muitas vezes, encontra-se em estados de extrema vulnerabilidade. Sua presença numa equipe multiprofissional é imprescindível para promover à saúde das pessoas de forma integral. Dentre as atribuições da equipe de saúde bucal na VD, destacam-se as ações educativas, orientação sobre o auto-cuidado, prevenção, assistência e cuidados odontológicos (diagnóstico de lesões, cuidado com próteses, orientação do cuidador, prescrição terapêutica, aplicação tópica de flúor, cariosstáticos).

Este trabalho tem como escopo descrever as ações odontológicas realizadas nas visitas domiciliares por Cirurgiões-Dentistas da Estratégia Saúde da Família.

OBJETIVOS DA VISITA DOMICILIAR ODONTOLÓGICA

-Proporcionar vigilância, assistência e promoção à saúde de pessoas que necessitam de cuidados no domicílio, dentro dos princípios do SUS, em uma área geográfica adscrita, por equipe multiprofissional da ESF/ ESB/NASF das Unidades de Atenção Primária (UAPS).

-Orientar pacientes e cuidadores e discutir aspectos relacionados a agravos na cavidade bucal com equipe multiprofissional.

-Avaliar as condições de saúde bucal de pessoas que necessitam de cuidados no domicílio, em especial de acamados, com dificuldade de mobilidade, em estado terminal e egressos de hospitais.

- Realizar cuidados odontológicos na atenção domiciliar.

METODOLOGIA

As visitas foram realizadas a famílias residentes no Bairro Serrinha, o qual está situado numa área de responsabilidade sanitária da Secretaria Executiva Regional de Saúde IV (SER IV), em Fortaleza- CE. De acordo com a territorialização, esta área é assistida por profissionais de saúde da UAPS Dom Aloísio Lorscheider (Projeto Nascente). Nesta unidade há 05 equipes de ESF e ESB, que são diferenciadas por cores: amarelo, vermelha, verde, azul e marrom. As famílias visitadas, neste trabalho, pertencem à área adscrita da equipe verde, são acompanhadas por dois ACS, médico, enfermeiro e cirurgiã-dentista.

O município de Fortaleza dispõe de seis Secretarias Executivas Regionais de Saúde que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais, sendo composta de vários setores, dentre eles, um Distrito de Saúde, responsável pela organização das unidades de saúde.

Para iniciar o processo de visita domiciliar procurou-se conhecer as situações que, mais comumente, requeriam a visita dos profissionais de saúde e a frequência da mesma, através de rodas de conversas com ACS, médicos e enfermeiros da ESF e profissionais do NASF (assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutica). Para isto, contou-se com o apoio das monitoras do Programa de Educação pelo trabalho em Saúde -PRÓ/ PET Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), cujo Projeto de Pesquisa tem como linha “A Cartografia do Cuidado Domiciliar”. Com isto, foi possível vivenciar a rotina de trabalho desses profissionais e discutir as diretrizes para atendimento à família, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

No segundo momento, a partir desse reconhecimento das necessidades das famílias cadastradas na UAPS Dom Aloísio Lorscheider, apresentadas pelos profissionais de saúde desta unidade, e da disponibilidade dos mesmos em realizar as VD dentro do cronograma de atividades, partiu-se para operacionalização dessas visitas:

1º-Fez-se um planejamento semanal da VD com a equipe Verde. A enfermeira da equipe agendou as visitas previamente, priorizando-as de acordo com as condições dos pacientes e as solicitações trazidas pelos ACS das necessidades da comunidade;

2º- Elegeu-se como critério de escolha dessas visitas, 07 (sete) pessoas das famílias assistidas por a equipe, priorizando idosos, pessoas com dificuldade de

locomoção/mobilidade e acamados. Haja vista, que só disponibilizamos um turno semanal para VD, o que tornaria inviável para a equipe a eleição de outros grupos;

3º- Realizou-se exame da cavidade bucal dos visitados, busca ativa de câncer de boca; Orientação sobre saúde bucal dos cuidadores, pacientes, sobre a importância do autocuidado. Utilizou-se: gaze, luva, máscara, espátula de madeira para exame, receituário, álcool gel 70%, clorexidina sol 0,12% (KIT odontológico para VD);

4º- Registraram-se as VD em fichas de acompanhamento das famílias da equipe ESF (Verde) e no Diário de Campo do PET, por não disponibilizarmos de formulários de VD específicos para Odontologia. Nestes instrumentos, colocaram-se dados referentes à UAPS/Equipe, data, endereço, nome do ACS, nome da pessoa visitada, do cuidador e motivo da VD. Registrou-se, também nossas impressões acerca das pessoas cuidadas, dos cuidadores, do ambiente domiciliar, dos profissionais, achados/ patologias orais encontrados no exame da cavidade bucal que permitam investigação, situações de possíveis riscos.

RESULTADOS

Observou-se que o perfil das pessoas que demandava visita dos profissionais de saúde pelos ACS, era: pessoas com problemas agudos, temporariamente impossibilitadas de locomoção; acamados, pessoas com deficiência física ou deficiência mental, vivendo em baixas condições de saneamento, desnutrição; drogadição, alcoolismo; pessoas idosas com dificuldade permanente de locomoção; portadores de doenças crônicas, Hipertensão, diabetes com dificuldade de locomoção.

Verificou-se que a preocupação das equipes da ESF com as VD estiveram relacionadas à Promoção da saúde e de ações preventivas: A) puérpera; B) recém-nascido; C) doenças infecto-contagiosas (Tuberculose, por exemplo). Enquanto que as visitas com abordagem familiar (conflito) pareceram ser de interesse dos profissionais do NASF.

Os dados apresentados revelam que os critérios e as prioridades em saúde variam segundo a óptica de cada profissional, e que de acordo com as necessidades locais, com as peculiaridades das famílias assistidas e da área adscrita devem ser planejadas as ações de saúde. Corroborando com o que é preconizado pela Política de Atenção domiciliar: (BRASIL, 2012)

- A Família deve ser vista como alvo de afeto/conflito;
- Importância da Escuta familiar- para conhecer as condições de vida e saúde da comunidade;
- Olhar a Família como um todo (vulnerabilidades/ fragilidades de todos os membros); Enfim, firmar Parceria/ co-responsabilidade do indivíduo ou família com sua saúde.

Dentre os problemas mais frequentes que afetam a cavidade bucal, encontrados em pessoas que requerem cuidados orais, como os pacientes oncológicos cabeça e pescoço e pacientes com doenças crônicas e acamados por longos períodos, pode-se encontrar:

- DTM, distonias oromandibulares, dor, sangramento, trismo, feridas abertas, infecções oportunistas, disfagia (dificuldade de deglutição), xerostomia, cárie, doença periodontal, candidíase, lesão oral por prótese mal adaptada e disgeusia - distorção ou diminuição do senso do paladar (SIQUEIRA, 2013). Nos examinados durante as VD, observou-se com maior frequência higiene bucal deficiente, cárie, periodontite, gengivite e lesões orais por candidose.

Os cuidados odontológicos (preventivo ou curativamente) durante as visitas são imprescindíveis para proporcionar um maior conforto a esses pacientes. O cirurgião-dentista pode realizar nas VD procedimentos para melhorar a condição de saúde dos pacientes, como:

- Orientação de higiene Oral;
- Limpeza e Proteção de Feridas intra e extra-orais;
- Controle da dor em feridas intra e extra-orais;
- Tratamento da Candidíase oral;
- Reduzir o desconforto da xerostomia;
- Orientação dietética;
- Remoção de focos infecciosos;
- Evitar traumatismo mucoso e Prótese desadaptada;

CONCLUSÕES

- Cuidados odontológicos preventivos, curativos e paliativos na Atenção domiciliar melhoram a qualidade de vida das pessoas;
- O tratamento sintomático da dor e os cuidados locais, como higiene oral e limpeza de feridas, contribuem para a redução da dor, desconforto e infecções oportunistas;
- Os cuidados orais vêm gradativamente despertando a consciência da necessidade de integração a equipes multidisciplinares na Atenção integral à saúde;
- Com mais empenho e dedicação de todos os profissionais: médicos, enfermeiros, odontólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e a equipe do NASF poderemos alcançar os objetivos propostos para as visitas/ atenção domiciliares;
- Planejar, organizar e priorizar as visitas domiciliares conforme a situação da comunidade;
- Estabelecer parcerias/ co-responsabilidade entre ESF/ ACS/família;
- Disponibilidade de recursos técnicos e materiais para dar cobertura a todos os indivíduos/ famílias que necessitam do cuidado domiciliar.

Agradecimento especial aos monitores do PRO/PET Saúde UECE.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2012. 2 v.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

SIQUEIRA, J. T. T.; JALES, S.; VILARIM, R.C.B. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em pacientes com câncer. **Rev. Onco.**, maio/jun. 2013.

3.6 visita domiciliar em odontologia: relato de experiência da equipe de saúde bucal da UAPS Valdevino de Carvalho – Fortaleza

Kátia de Góis Holanda Saldanha, Loester Barbosa Mendes Filho, Joacy Parente da Silva

RESUMO

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS. A visita domiciliar por ser realizada na casa do paciente, expõe as equipes à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina e seus valores. Esta prática de atenção à saúde deve estar presente na rotina de trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família, podendo a equipe desenvolver ações voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde. Este trabalho relata a experiência das ações de visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal da UAPS Valdevino de Carvalho localizado na SER IV. As visitas foram realizadas em 2013 com ações direcionadas para educação em saúde, aplicação tópica de flúor, busca ativa de lesões de câncer bucal, exodontia de restos radiculares e dentes anteriores com problemas periodontais.

PALAVRAS CHAVE: Visita domiciliar. Saúde bucal. Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Visita Domiciliar (VD) vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas últimas décadas.

De acordo com a Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar à saúde constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o

atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. Ela é considerada um componente do cuidado longitudinal à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

No entanto, a VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Valdevino de Carvalho é localizada na regional IV, bairro Itaoca, do município de Fortaleza-CE, abrangendo aproximadamente 15.248 habitantes/aproximadamente e 4.455 famílias. A UAPS possui quatro equipes da ESF, com quatro equipes de saúde bucal (ESB).

As visitas domiciliares fazem parte das atividades realizadas fora da UAPS. Esta atividade teve início superando a própria relutância da ESB, resistência da população, que não entendia que era possível a visita do dentista, restrito até então aos consultórios e escolas, e dos demais profissionais da ESF. Atualmente a VD faz parte das atividades regulares da equipe de saúde bucal desta unidade de saúde.

As visitas começaram inicialmente com as equipes multiprofissionais. No caso, a escolha do paciente era sempre da referência médica, que compreendia basicamente a visita puerperal, paciente pós-cirurgia, etc. O dentista acompanhava essas visitas dando contribuição específica. As visitas em conjunto constituíam uma atividade enriquecedora, porém nós profissionais da odontologia, ficava um hiato, pois nem sempre dava tempo investigar um pouco mais sobre saúde bucal dos moradores dos domicílios e fazer uma abordagem mais detalhada com busca de presença de possíveis agravos (Câncer bucal, periodontopatias, etc).

Esta experiência foi vivenciada por todos os profissionais da odontologia que acompanhavam as visitas multiprofissionais. Após vários momentos de reflexão decidimos que havia uma necessidade de visitas domiciliares específicas da equipe de saúde bucal havendo demanda para isso. Fizemos reunião com a coordenadora, em seguida com os agentes de saúde para estabelecer os nossos critérios para a visita da equipe de saúde bucal. Após esses momentos de reunião e avaliação da disponibilidade de recursos humanos e materiais, ficou estabelecido que as visitas de saúde bucal seriam as sextas-feiras a partir das 10 h da manhã após atendimento na unidade. A equipe é composta do dentista, TSB e agentes comunitários de saúde (ACS). Antes de cada visita sempre é realizada reunião com o ACS para identificar a realidade da família, necessidades, leitura de prontuário e assim, conhecer as condições gerais do paciente. A necessidade de visita prévia somente se dá quando se faz algum ato clínico.

OBJETIVOS DA VISITA DOMICILIAR

Os objetivos das visitas foram traçados em conjunto pelos profissionais da equipe de saúde bucal aos quais destacamos:

- Conhecer as condições de vida e hábitos do usuário.
- Identificar obstáculos no autocuidado em saúde bucal.
- Oferecer atenção extra clínica ao usuário com dificuldade de locomoção.
- Detectar fatores de risco à saúde bucal.

METODOLOGIA

Público Alvo das Visitas

- População idosa com limitação física que impossibilite seu deslocamento até a UBASF.
- Indivíduos com sequelas de enfermidades (Ex. AVC, etc.).
- Portadores de limitações físicas, psíquicas ou acamados.
- Crianças recém-nascidas de mães impossibilitadas de ir ao posto

Atividades Desenvolvidas

QUADRO 1. Atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas da UAPS Valdevino de Carvalho durante as visitas domiciliares. Fortaleza, 2013.

Nível de atenção à saúde/saúde bucal	Atividades desenvolvidas em visita domiciliar
Promoção	<p>Busca de hábitos saudáveis Desestímulo ao alcoolismo e tabagismo</p>
Prevenção	<p>Orientação e instrução de higiene oral - macromodelos Distribuição de kits odontológicos (escova dental, creme dental e fio dental) Aplicações tópicas de flúor Escovação supervisionada Busca e diagnóstico de lesões bucais</p>
Limitações de danos existentes	<p>Exames clínicos Prescrições terapêuticas Exodontias de restos radiculares e de dentes comprometidos severamente por doença periodontal Remoção de suturas</p>

Fonte: ESB da UAPS Valdevino de Carvalho/SER IV Fortaleza-Ce.

Vantagens, Dificuldades e Cuidados.

No quadro abaixo é relatado sucintamente um resumo das reflexões em relação às vantagens, dificuldades e os cuidados para a realização das visitas domiciliares.

QUADRO 2. Vantagens, dificuldades e cuidados observados para a realização das visitas domiciliares. Fortaleza, 2013.

VANTAGENS	DIFICULDADES	CUIDADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Análise pela Equipe de Saúde Bucal das condições de habitação, higiene e hábitos de vida do paciente. - Maior envolvimento do paciente e sua família, com a execução dos cuidados necessários à promoção de saúde bucal. - Maior liberdade do paciente para expor o problema. - Divisão mais equitativas de responsabilidades para busca e/ou manutenção de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Precário acesso dos profissionais às residências devido à falta de transporte sistemático para o local. - Falta de segurança em determinados locais por se tratarem de ambientes com alto índice de marginalidade. - Dificuldade de comunicação com outros profissionais que acompanham o paciente, quando estes não pertencem à unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar previamente todo o material de acordo com a necessidade de cada paciente. - Os procedimentos de biossegurança são os mesmos instituídos na assistência profissional, devendo ser adaptados à realidade local de cada domicílio (luminosidade, presença de lavatório com água corrente, etc.). - A família deverá ser avisada previamente sobre a visita.

Fonte: ESB da UAPS Valdevino de Carvalho/SER IV Fortaleza-Ce.

CONCLUSÕES

A visita domiciliar em odontologia traz resultados positivos por prestar assistência a uma parcela da população que normalmente não a teria pela a odontologia tradicional.

A prática possibilita a humanização do atendimento, ganho em qualidade de vida para os pacientes, engloba muito mais que o fornecimento de um tratamento e se apresenta como um método que amplia a dimensão da assistência.

Todo profissional de saúde, cirurgião-dentista, médico, enfermeiro ou vigilante, independentemente do papel que desempenha na produção de atos de saúde, é sempre um

operador do cuidado, trazendo consigo responsabilizações e comprometimento com os resultados, cura, promoção e proteção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, 645-653, out./dez. 2006.

3.7 Estratégia de abordagem da saúde do idoso na comunidade do Quintino Cunha

Kátia Linhares da Ponte

RESUMO

Com o aumento visível da expectativa de vida da população brasileira e a mudança no panorama da saúde do idoso é necessário reavaliar o processo de abordagem desta faixa populacional. Ações de prevenção e promoção de saúde que tratem de assuntos como DST/AIDS, saúde bucal, sedentarismo e outros são cada vez mais necessárias. A intervenção multidisciplinar da equipe de saúde da Unidade Básica com apoio da gestão regional é fundamental para o desempenho de atividades que possam gerar resultados positivos na saúde dos idosos adscritos à unidade de atenção básica

PALAVRAS CHAVE: Saúde do Idoso. Prevenção. Multidisciplinaridade.

INTRODUÇÃO

Entre 1997-2007, a população de 60-69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 aumentou 47,8%. O envelhecimento da população brasileira tem nos estimulado a fazer uma revisão de conceitos no que diz respeito aos cuidados com a saúde. A importância de uma intervenção multidisciplinar é inquestionável e a busca pela melhor abordagem tem sido um desafio para todos os profissionais de saúde (MINAYO, 2012).

O sedentarismo, a depressão, as doenças sexualmente transmissíveis e as doenças bucais são problemas que têm atingido a população de forma geral, e os idosos, cada vez mais, têm sido alvos destas situações problemáticas.

No período de 1995 a 2005 foram diagnosticados 7.955 novos casos de AIDS em indivíduos com idade maior ou igual a 60anos, representando 2,42% do total de casos notificados no país (GODOY *et al.*, 2008). A Depressão ocorre com frequência na população idosa e constitui problema grave; é importante, portanto, a identificação dos fatores de risco por parte da equipe de saúde responsável. Diversas pesquisas apontam que o sedentarismo, combinado a outros fatores de risco, contribui para ocorrência de um conjunto de doenças crônicas, como: diabetes, osteoporose, câncer de cólon, de pulmão e de próstata e, sobretudo, doenças cardiovasculares (ZAITUNE *et al.*, 2007).

Por outro lado, a tomada de consciência por parte da população idosa dos seus corpos e capacidades ajuda a torná-la co-autora do processo de construção da saúde (FIT, 2002). Nesse sentido, as Políticas Públicas de Saúde são necessárias para que ocorram prevenção e promoção de saúde focadas neste novo panorama.

Diante da observação do quadro em questão foi montada uma estratégia de ação multidisciplinar na comunidade do bairro Quintino Cunha focada na população acima de 50 anos com o objetivo de conscientizar e estimular a população local da importância do autocuidado com saúde.

METODOLOGIA

Esta ação aconteceu na Secretaria Regional III do município de Fortaleza e foi mobilizada toda equipe de saúde da UAPS Hermínia Leitão juntamente com a Coordenação da Regional de Saúde do Idoso.

A cirurgiã dentista responsável pela saúde do idoso fez o contato entre a Coordenação regional de saúde do idoso e a Coordenação da Unidade Básica de Saúde. Em reunião na UAPS Hermínia Leitão, os Agentes Comunitários de Saúde foram orientados a fazerem a mobilização da comunidade local, convidando a população acima de 50 anos para participarem de um evento com café da manhã, aferição de pressão arterial, verificação de glicemia, ginástica, orientações sobre saúde e palestra educativa.

As orientações sobre saúde bucal foram dadas de forma informal através de um processo de retirada de dúvidas. Assim a população tinha acesso direto ao profissional e recebia orientações sobre cuidados gerais quanto à saúde bucal e sobre o sistema de organização da atenção básica e secundária. Em experiência vivenciada anteriormente na UAPS George Benevides de evento semelhante, a cirurgiã dentista teve um momento no qual foi desenvolvida uma dinâmica onde os idosos participaram ativamente do processo de construção da educação em saúde. Nos dois eventos temas como perdas dentais, doença periodontal, reabilitação oral e outros puderam ser compartilhados.

Todos os funcionários da Unidade de Saúde contribuíram com o café da manhã. As auxiliares de enfermagem foram orientadas a organizarem o material para verificação da glicemia e aferição da pressão arterial. O coordenador regional da saúde do idoso

(educador físico) se comprometeu a fazer uma ginástica voltada para a terceira idade, além de tornar esta prática uma rotina na comunidade local. A Secretaria municipal de Saúde do município enviou profissionais qualificados para darem uma palestra sobre DST/AIDS. Por fim, todos da unidade se disponibilizaram a dar orientações sobre saúde.

O evento iniciou com a aferição das pressões arteriais e verificações das glicemias, paralelo a isso, a dentista e enfermeiras davam orientações sobre saúde de forma geral. Em seguida, o café da manhã foi servido e realizada a ginástica com música e muito entrosamento. No final da manhã, deu-se início a palestra educativa sobre DST/AIDS, momento em que os idosos puderam participar ativamente, aprendendo e mostrando seus conhecimentos.

CONCLUSÕES

Avaliando o impacto causado pelo evento, pudemos perceber o estímulo dado a população idosa local para busca de uma postura proativa em relação à saúde, procurando combater o sedentarismo e a depressão através da participação de momentos de atividade física, lazer e confraternização.

Percebemos também o interesse pelo tema apresentado (DST/AIDS) e satisfação pela oportunidade de tirarem dúvidas sobre um tema pouco abordado na juventude da maioria.

A proximidade maior com os profissionais de saúde também contribuiu para o esclarecimento de diversos questionamentos, além de aumentar o vínculo da população com a unidade básica local.

REFERÊNCIAS

GODOY U.S.; FERREIRA, M.D.; SILVA, E.C.; GIR, E.; CANINI, S.R. O perfil epidemiológico da AIDS em Idosos Utilizando Sistemas de Informações em saúde do DATASUS: Realidade e desafios. **DST-J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 20, n. 1, p. 7-11, 2008.

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da População brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-209, fev. 2012.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

SANTOS, S.P.T.; BERESFORD, H.; DANTAS, E.H.N.; FARIA JUNIOR, A.G. Atividade física sob uma perspectiva existencial de vida para idosos sedentários autônomos: uma reflexão axiológica e fenomenológica. **Fit. Perfil J.**, v. 1, n. 3, p. 21-27, maio/jun. 2002.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores Associados ao sedentarismo no lazer em idosos. Campinas, SP. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, jun. 2007.

3.8 Oficina em saúde mental para os agentes comunitários de saúde na UAPS Edmar Fujita: um relato de experiência

Adriana Freitas Diniz, Giovanna de Vasconcelos Herbster

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) reorganiza a produção de cuidados com qualificação da prática assistencial e reorienta o modelo de atenção das equipes. Essa estratégia de cuidado requer um olhar plural frente à complexidade dos cotidianos nos diferentes contextos. O transtorno mental traz às famílias intenso sofrimento, exigindo-lhes uma reelaboração de sua dinâmica e estrutura. O presente trabalho teve por objetivo aproximar aqueles que lidam diretamente com a clientela do SUS da realidade de algumas doenças psiquiátricas, corroborando assim para a diminuição do tempo de sofrimento desses pacientes. Estudo descritivo que relata a experiência de formação pedagógica envolvendo trabalhadores da equipe de saúde bucal, estudante do curso de medicina da UNIFOR e agentes comunitários de saúde da UAPS Edmar Fujita, Fortaleza-Ce. Concluiu-se que o momento foi de grande enriquecimento e o projeto encontra-se em andamento e com proposta de estender-se para além-muros da unidade de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental. Estratégia de Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) reorganiza a produção de cuidados com qualificação da prática assistencial e reorienta o modelo de atenção das equipes, considerando aspectos sociais e culturais que envolvem as ações em saúde. A partir da construção de vínculo, possibilita a compreensão das particularidades da rede de atenção e suporte junto às famílias da área de abrangência da ESF (BRÊDA *et al.*, 2005).

Através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem-se adotado o modelo de assistência domiciliar, considerado estratégia importante para o cuidado em saúde, uma vez que as pessoas passam a ser atendidas em suas singulares necessidades e não por demanda (LANCETTI, 2000). Essa estratégia de cuidado requer um olhar plural frente à

complexidade dos cotidianos nos diferentes contextos, e solicita um pensamento sistêmico, já que o foco de cuidado é pautado pela consideração da maneira como a família funciona e se relaciona, pontos fundamentais no processo de atendimento.

Com a implantação da Reforma Psiquiátrica no país e, com ela, a reinserção do paciente psiquiátrico na família e na comunidade, o núcleo familiar vem, pouco a pouco, sendo considerado como unidade básica no processo de assistência.

A família é responsável, na maioria das vezes, pelo apoio físico, emocional, social e psicológico ao seu familiar doente (ROSA, 2002). Para cumprir seu papel de provedora, necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais que a orientem, tendo em vista os encargos advindos da convivência com a pessoa em situação de sofrimento psíquico (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003).

O transtorno mental traz às famílias intenso sofrimento, exigindo-lhes uma re-elaboração de sua dinâmica e estrutura (LANCETTI, 2000). Tal quadro é agravado pela existência de crenças inadequadas acerca dos transtornos mentais, repercutindo no relacionamento familiar e também influenciando o próprio processo de assistência prestada, além do preconceito social e estigmatização que esses pacientes sofrem.

O modelo utilizado pelos profissionais de saúde, e o modo de convívio com a pessoa portadora de transtorno mental contribuem para as dinâmicas familiares, principalmente quando se adotam estratégias transformadoras.

Portanto, denota-se a grande necessidade de investimento na capacitação em saúde mental, junto aos atores do cenário da assistência da Estratégia de Saúde da Família, contribuindo assim para a efetivação de práticas e construção de novos saberes para a melhoria da assistência em saúde.

O presente trabalho teve por objetivo aproximar aqueles que lidam diretamente com a clientela do SUS da realidade de algumas doenças psiquiátricas, corroborando assim para a diminuição do tempo de sofrimento desses pacientes.

METODOLOGIA

Esse é um estudo descritivo da experiência de formação pedagógica envolvendo trabalhadores da equipe de saúde bucal, estudante do curso de medicina da UNIFOR e agentes comunitários de saúde da UAPS Edmar Fujita.

Foram utilizadas neste processo técnicas pedagógicas de problematização da realidade a partir das vivências dos agentes comunitários de saúde no território; onde a explicação dialogada para exposição acerca dos temas objetivou desenvolver multiplicadores e despertar nos mesmos a necessidade da autonomia do cuidado em relação à saúde mental.

Foi realizado durante os meses de março e abril de 2014, junto aos dezesseis agentes comunitários de saúde da UAPS Edmar Fujita localizada na Secretaria Regional VI (SR VI) no município de Fortaleza.

Além do tema da saúde mental, outros assuntos foram sugeridos. Ocorreram então seis encontros nos quais foram abordados temas neuropsiquiátricos, a saber: Depressão, Bipolaridade, Esquizofrenia, Alzheimer e TDAH. Ocasão em que foram fornecidos folders com informações básicas acerca de cada afecção e fomentadas discussões posteriores. Foram também utilizados recursos audiovisuais: filmes relacionados aos assuntos abordados.

CONCLUSÕES

Os profissionais da ESF têm sido pouco contemplados nos programas de capacitação em saúde mental, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência.

A construção desse modelo de assistência que é a ESF, solicita dos profissionais, ou da equipe de atendimento, disponibilidade para rever os próprios conceitos, envolvimento, compromisso e flexibilidade, pois os desafios advindos do enfrentamento da problemática ligada à experiência de aproximação com os transtornos mentais pedem, cotidianamente, uma reflexão direcionada a um movimento interno de desconstrução de princípios fortemente instituídos.

No processo de efetivação da ESF e, com ele, de uma nova possibilidade de assistência integral à saúde, voltada às necessidades dos diferentes sujeitos, a assistência

em Saúde Mental configura-se como real desafio. A equipe da Estratégia de Saúde da Família, em particular os agentes comunitários, precisa estar preparada para lidar com o sofrimento psíquico, cuidar das dificuldades sentidas e superá-las.

A experiência vivenciada tem sido um momento de grande enriquecimento profissional para todos os membros participantes. O projeto no momento ainda encontra-se em andamento e com proposta de estender-se para além-muros da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

BRÊDA, M.Z.; ROSA, W.A.G.; PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.3, p. 450-452, 2005.

LANCETTI, A. saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A.D.; LANCETTI, A.; MATTOS, S.A.F. **Saúde loucura: saúde mental e saúde família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 11-52.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JUNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

ROSA, W.A.G. **A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2002.

SOUZA, C.R. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos**. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

3.9 Promoção de saúde bucal na escola

One Moreira Pinheiro

RESUMO

Os sistemas de prevenção em saúde bucal são processos sociais que combinam diferentes ações programáticas de caráter preventivo e educativo a fim de controlar e/ou reduzir o nível das doenças bucais que afetam uma dada população ou grupo social específico. A escola tem sido considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde por reunir crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas. O trabalho teve como objetivo a promoção, prevenção e educação em saúde bucal nos escolares da Escola Chave do Saber situada no bairro Montese, pertencente à Regional IV de Fortaleza, no ano de 2013. Seguindo o recomendado pelo Programa Saúde Bucal na Atenção Básica e o Programa Saúde na Escola, buscou-se a integração saúde e educação. Realizamos o cadastramento da escola, planejamento das atividades com os professores, ações de prevenção e promoção de saúde bucal com palestras, exibição de filmes, escovação supervisionada, aplicação de flúor e atualização do calendário vacinal, em 113 alunos do infantil I ao 1º ano, na faixa etária entre dois a seis anos. Realizamos levantamento de necessidades e agendamento clínico na UAPS Ocelo Pinheiro, dos alunos com maiores agravos dentários. Apesar das dificuldades encontradas em se promover saúde bucal e redução de cárie dental nesta população, os resultados foram satisfatórios. Houve uma ação conjunta de todos envolvidos, como educadores, familiares, crianças e profissionais de saúde. Foi gratificante a formação do vínculo com essas crianças. Porém o processo educativo é lento e gradual. Por isso, devemos acreditar que a união entre a comunidade, profissionais e Políticas Públicas de saúde no Brasil, possam reduzir a prevalência de doenças bucais na população brasileira.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Bucal. Educação em Saúde. Programa de Saúde na Escola.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é um problema de saúde pública que atinge praticamente toda a população brasileira (FRAZÃO; NARVAI, 1996).

Os sistemas de prevenção em saúde bucal são processos sociais que combinam diferentes ações programáticas periódicas de caráter preventivo e educativo a fim de controlar e/ ou reduzir o nível das doenças bucais que afetam uma dada população ou grupo social específico.

As ações de promoção da saúde bucal coletiva e programáticas são de comprovada eficácia e de baixo custo (FRAZÃO; NARVAI, 1996).

No planejamento do conjunto de atividades coletivas e individuais que integram um sistema de prevenção devem ser considerados diferentes aspectos relativos à população-alvo. Entre eles, destacam-se as características sócio-econômicas e os aspectos biológicos que afetam cada grupo social específico.

A educação em saúde se dá por processos técnicos informais de troca e socialização de conhecimentos e práticas relativas a um problema de saúde pública. Inclui-se desde capacitações e treinamentos de curta duração dirigidos à profissionais e trabalhadores até atividades educativas com diferentes públicos-alvo (gestantes, hipertensos da UAPS, crianças de uma escola, etc.).

A escola tem sido considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde por reunir crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas.

No Brasil, a cárie e doenças periodontais ainda atingem índices superiores aos recomendados pela OMS (BRASIL, 2014).

O grande desafio da odontologia é atuar educativamente junto à população infantil, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, numa mudança de atitude em relação a essas doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população.

O conhecimento científico assegura a possibilidade de prevenção da cárie e doença periodontal. Empregando-se esse conhecimento desde o nascimento, é possível a criança passar pela dentição decídua e completar a dentição permanente sem experimentar estas doenças.

Entretanto, são baixos os índices de higiene bucal das crianças em idade escolar,

indicando uma deficiência quanto aos cuidados preventivos nessa faixa etária, o que reforça a necessidade de trabalhar estes conteúdos, através de metodologias adequadas ao desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças (VASCONCELOS *et al.*, 2001).

É interessante a co-participação entre dentistas e professores do ensino fundamental na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para as crianças. Essa associação beneficia a comunidade infantil em uma faixa etária onde os hábitos alimentares e de higiene estão sendo formados.

O cirurgião-dentista pode interagir com crianças, seus familiares e professores, visando obter mudanças no comportamento relativo à saúde e a incorporação de hábitos favoráveis a sua preservação.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial em 05/12/2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2014).

O PSE aponta as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2014).

As ações de saúde previstas no âmbito do PSE estão citadas no seu art. 4º, e devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras:

- I- Avaliação da saúde e higiene bucal
- II- Atualização e controle do calendário vacinal
- III- Promoção da cultura de prevenção no âmbito escolar

O parágrafo 4º diz textualmente que:

[...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes as escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007).

A promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e

promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família.

Baseado nisso, realizamos o seguinte trabalho de promoção, prevenção e educação em saúde nos escolares da Escola Chave do Saber pertencente à Regional IV do município de Fortaleza-Ce, no ano de 2013.

METODOLOGIA

A Escola Chave do Saber pertence à área adscrita da Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS)-Ocelo Pinheiro no bairro Montese, no município de Fortaleza-Ce. Essa escola é privada e devido à proximidade da unidade de saúde foi selecionada.

Funciona nos períodos manhã e tarde, com somente educação infantil (escolares do infantil I ao primeiro ano, na faixa etária entre 2 e 6 anos, respectivamente) totalizando 113 alunos matriculados.

O trabalho realizado na escola seguiu o recomendado pelo Programa de Saúde Bucal na Atenção Básica conforme preconizado pelo Ministério da Saúde em relação ao Programa Saúde na Escola, onde se busca a integração saúde e educação.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Inicialmente, ocorreu uma reunião com a diretora e professores para explicar e programar as ações, resultando num planejamento anual. O primeiro passo das atividades foi o cadastramento do espaço social no mês de fevereiro em 2013. Ainda nesse mês iniciamos ações de educação em saúde para os alunos e professores.

Em seguida, no mês de março iniciou-se as oficinas e exibição de filmes infantis sobre a doença cárie e as doenças periodontais e seus métodos de prevenção e doenças periodontais. Utilizamos recursos visuais, como modelos, escovão, dentes e bichinhos da cárie para orientação da escovação dental, com todas as crianças, da manhã e da tarde, utilizando as técnicas de higiene oral no modelo odontológico.

No mês de abril realizou-se o “levantamento de necessidades de saúde bucal” e agendamento para assistência odontológica na UAPS- Ocelo Pinheiro dos alunos com necessidade de atendimento clínico prioritário e imediato, devido apresentarem os seguintes registros: cavidades amplas e profundas, raiz residual, indicação de exodontia,

dor espontânea, abscesso dentário/ periodontal.

Observou-se após o levantamento que os alunos do Infantil I, II e III (2 a 3 anos) somente 2 apresentaram cavidades amplas e profundas. No infantil IV (4 anos) 2 crianças apresentaram cavidades amplas e profundas e raiz residual. No infantil V (5 anos) 2 apresentaram cavidades amplas e profundas. No 1o. Ano (6 anos) 2 apresentaram cavidades profundas e 2 apresentaram inflamação gengival e cálculo dentário.

Portanto 10 crianças foram encaminhadas à UAPS para realização de atendimento odontológico, pois nas outras crianças que haviam cavidades de cárie pequenas foi planejado o atendimento clínico posterior conforme a disponibilidade do agendamento. No mês de maio e junho realizamos a “escovação dental supervisionada” e aplicação de flúor gel com escovação. Os kits de higiene oral ofertados pela UAPS Ocelo Pinheiro foram distribuídos a todos os alunos. Apesar de não haver escovódromo na escola, essas atividades foram realizadas a contento, e os alunos participaram com entusiasmo.

Ainda no mês de junho fizemos atualização e controle do calendário vacinal com as crianças. A diretora agendou com as mães os dias pela manhã e à tarde que seria realizada essa ação, para que elas entregassem por escrito a autorização ou viessem acompanhadas das crianças. A adesão dos alunos foi muito boa e avaliação de todas as atividades realizadas foi considerada boa também, em função da participação efetiva de todos os profissionais de saúde envolvidos, da coordenadora e professores da Escola.

CONCLUSÕES

Apesar das dificuldades encontradas para realização das atividades de saúde na escola, acredito que houve um programa razoável de promoção de saúde bucal nos escolares da escola Chave do Saber em 2013. Ainda há muito que se fazer para se atingir resultados satisfatórios para redução de cárie dental nesta população.

Ocorreram condições desfavoráveis para a completa realização do trabalho. Algumas crianças que foram encaminhadas para serem atendidas na unidade de saúde não conseguiram realizar ou terminar o tratamento devido problemas estruturais. Como esperado, houve crianças que não compareceram à unidade para atendimento, apesar das mães serem informadas das condições bucais das crianças com maior risco. Houve também o abandono ao tratamento de algumas crianças que iniciaram atendimento odontológico.

As atividades de Educação em Saúde estimulam a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o engajamento da população, e sua participação, em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida. A saúde está presente em todos os momentos da vida, nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões.

A saúde bucal é parte integrante e essencial da saúde geral e um fator determinante para a qualidade de vida. Os agravos à saúde bucal são problemas de saúde pública tendo um impacto significativo no indivíduo e na comunidade, possuem alta prevalência e podem ser prevenidas e controladas pela ação conjunta da comunidade, profissionais e indivíduos.

Apesar de não ter sido realizado um estudo epidemiológico da cárie dentária nos escolares da escola Chave do Saber, pode-se observar um baixo índice de cáries extensas (10 alunos), visto que somente estes foram encaminhados à UAPS. Porém em alguns alunos já havia aparecimento de cáries pequenas/ iniciais.

O trabalho realizado nesta escola foi gratificante, pois me proporcionou um vínculo com estas crianças, além de ter testemunhado a confiança que elas depositavam em mim, pois participavam de todas as atividades sem objeção e com entusiasmo. Porém, foi desestimulante ter observado que algumas crianças com doenças bucais mais graves, não realizaram ou concluíram o tratamento nas unidades de saúde a que foram referidas.

O processo educativo em saúde é lento e gradual. O importante é continuar acreditando que poderemos mudar a situação de saúde bucal dessas crianças, através do esforço conjunto das políticas de saúde no Brasil, para que possam ser estabelecidos planos de intervenção dentro do contexto da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[HTTP//dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd24.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd24.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2014.

_____. **Saúde Bucal. Programa Saúde na Escola: Orientações gerais sobre as ações de Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso_pse_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2014.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. **Promoção da Saúde Bucal em Escolas**. 1996. Disponível em: < <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/Dpromo.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

VASCONCELOS, R.; MATTA, M.L.; PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **PGR-Pós-Grad. Rev.Fac. Odontol. São José dos Campos**, v.4, n.3, set./dez. 2001. Disponível em: < [http://file:///c:/Vsers/Usuario/Downloads/131-486-1-PB%20\(3\).pdf](http://file:///c:/Vsers/Usuario/Downloads/131-486-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2014.

3.10 Concurso cultural “Um olhar sobre a saúde bucal”

Alessandra Évellin d’Almeida Lôbo

RESUMO

Este trabalho visa socializar as experiências vivenciadas durante a realização do Concurso Cultural “UM OLHAR SOBRE A SAÚDE BUCAL”, organizado pela equipe de saúde da família da UAPS Nossa Senhora Medianeira. A atividade ocorreu na Escola de Ensino Fundamental e Médio Eduardo Campos com o objetivo de estimular a discussão sobre temas referentes à Saúde Bucal, aumentando a integração entre os escolares e destes com os membros da Equipe de Saúde Bucal. Os alunos apresentaram trabalhos a respeito de material jornalístico fornecido no momento da inscrição. O trabalho poderia ser entrevista ou análise sobre os temas das reportagens, que eram os seguintes: orientações sobre higiene bucal; procedimentos diante de traumatismo dental; as maneiras como a saúde bucal é apresentada na mídia televisiva; importância da boa higiene bucal para a integração social do jovem, dentre outros. Os resultados foram muito favoráveis, tanto em relação à participação dos alunos, quanto à criação de vínculo destes com a equipe de saúde. Além disso, foi excelente a atuação dos professores e da diretoria da escola que apoiaram e se integraram totalmente ao evento. Ficou evidente que a prática odontológica na Estratégia Saúde da Família requer o seu atrelamento a uma concepção educativa, devendo abandonar uma postura autoritária, adotando o modelo dialógico para alcançar os seus objetivos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal. Escolares. Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Suas principais linhas de ação são: intensificação das ações de promoção e proteção da Saúde, reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, especialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF); além da ampliação e qualificação da Atenção Especializada.

As ações de Saúde Bucal incorporadas à ESF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional que visa o planejamento dessas ações.

Diante dessa perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, bem como, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela sua saúde, de seus familiares e da coletividade. A atenção preventiva e promocional, no relato de Barbosa, Brito e Costa (2007), deve despertar uma consciência preventiva nas famílias, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à saúde.

Barros, Wimmer e Botazzo (2007) acreditam que:

É necessário uma re-estruturação da Educação em Saúde Bucal proposta hegemonicamente. As práticas de escovação e discussão de dieta, embora importantes, repetem modelos acríticos da atenção em Saúde Bucal, que ainda estão aquém de fortalecer processos de autonomia. Portanto, torna-se fundamental a reflexão, no sentido de buscar estruturar serviços de Saúde Bucal que dialoguem com os desejos da população.

Este trabalho tem como objetivo descrever as experiências vivenciadas durante a realização de uma atividade educativa junto aos escolares da Escola de Ensino Fundamental e Médio Eduardo Campos, localizada na Av. Sargento Hermínio, nº145 no bairro Jacarecanga, em Fortaleza/Ce. Na época da realização da atividade, esta escola possuía 306 alunos com idades entre 0 e 14 anos.

METODOLOGIA

Em comemoração à Semana de Saúde Bucal que ocorreu em outubro, a Equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde Nossa Senhora Medianeira promoveu o Concurso Cultural “UM OLHAR SOBRE A SAÚDE BUCAL”, no qual todos os alunos foram convidados a participar. Cada equipe deveria apresentar um trabalho a respeito de material jornalístico fornecido pela Equipe de Saúde Bucal no momento da inscrição.

O trabalho poderia ser entrevista ou análise sobre o tema da reportagem. As duas modalidades de trabalho deveriam ser apresentadas na forma de painel em cartolina, papel madeira ou outro material que permitisse boa visualização das informações e imagens.

Concorreram 27 equipes, havendo a participação direta de 72 alunos, o que correspondeu a 23,5% do total de alunos, além da presença de outros como expectadores.

Alguns exemplos dos temas discutidos: orientações sobre higiene bucal; procedimentos diante de traumatismo dental; as maneiras como a saúde bucal é apresentada na mídia televisiva; importância da boa higiene bucal para a integração social do jovem etc.

Cada equipe fez uma breve apresentação oral sobre o trabalho. Os trabalhos foram avaliados por uma banca composta por representantes dos professores, da diretoria e da equipe de Saúde Bucal.

Foram selecionados os 5 melhores trabalhos para serem posteriormente expostos na unidade de saúde. As cinco equipes selecionadas receberam como premiação kits de Higiene Bucal e um diploma de honra ao mérito, as demais equipes receberam certificado de participação no concurso.

RESULTADOS

Consideramos que a atividade foi bem-sucedida, porque além da grande participação de alunos e professores, em um mesmo momento, 27 temas diferentes relacionados à saúde bucal foram discutidos de forma participativa pelos escolares.

Os alunos mostraram-se especialmente animados com o evento, tanto que observamos que a partir dessa atividade houve uma maior integração entre os mesmos e os membros da Equipe de Saúde Bucal, o que acabou promovendo um maior interesse sobre as demais ações de saúde bucal.

Além disso, foi excelente a atuação dos professores, seja na divulgação do concurso ou auxiliando na realização dos trabalhos. A diretoria da escola apoiou e se integrou totalmente ao evento.

Observando essa receptividade, a equipe se tornou motivada a desenvolver outras ações do mesmo porte nesse ambiente escolar.

CONCLUSÕES

Ficou evidente que a prática odontológica na Estratégia Saúde da Família requer o seu atrelamento a uma concepção educativa, devendo abandonar uma postura autoritária, adotando o modelo dialógico e participativo para aumentar a resolutividade e, assim, alcançar o seu objetivo de promover saúde.

O sucesso das ações coletivas dependerá, também, da forma como for equacionado o desafio fundamental de desenvolver práticas profissionais com foco na promoção e prevenção de doenças através de abordagens coletivas e transdisciplinares, envolvendo a comunidade e promovendo a sua autonomia quanto aos cuidados com saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciênc. Odontol. Bras.**, v. 10, n. 3, p. 53-60, jul./set. 2007.

BARROS, R.S.; WIMMER, G.F.; BOTAZZO, C. Saúde bucal e práxis no cotidiano dos serviços de saúde. **BIS**, n. 41, abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://saude.gov.br/dab/publicacoes.php>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em debate**, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009.

3.11 Ação coletiva de educação em saúde bucal em escola de ensino médio e fundamental, Fortaleza-CE

Sandra Pontes dos Santos, Karla Aguiar Cabral

RESUMO

Na área da odontologia, o processo educativo visa a mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde. Neste trabalho relatamos uma ação preventiva de educação em saúde bucal desenvolvida com os alunos de uma escola do bairro Granja Lisboa no município de Fortaleza-Ce, na qual se enfatiza a construção do conhecimento e adoção de hábitos de vida saudáveis. Observou-se que a escola é considerada um local adequado para o desenvolvimento de ações de saúde bucal por reunir crianças e adolescentes em faixas etárias propícias para a adoção de medidas educativas e preventivas, objetivando a conscientização precoce desta população para a prática do autocuidado e estimulando-os a desenvolver sua autonomia e a assumir a responsabilidade pela própria saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Promoção em Saúde Bucal. Escovação Supervisionada.

INTRODUÇÃO

A educação é um processo dinâmico e ocorre pelo somatório lento e gradual de fatos isolados, da busca pelo conhecimento e da troca de informações e experiências (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997). Como afirma Rezende (2003), a educação não é compreendida apenas pela educação formal, mas por toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de valores e que estimule a criatividade.

Na área da odontologia, o processo educativo visa a mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde (PETRY; PRETTO, 2003). Sua principal meta é a melhora da saúde bucal e ela pode ser promovida tanto nos consultórios odontológicos e unidades de saúde como também nas comunidades, escolas e instituições (ABEGG, 1999).

Um dos mais apropriados locais para o desenvolvimento de programas de educação em saúde são as escolas, pois é nelas que se encontram a maioria das crianças em idade

escolar. Conforme se sabe, a prevenção é uma peça-chave no controle das doenças bucais e hábitos de higiene bucal e dieta formados na infância ficam profundamente enraizados. Portanto, são difíceis de serem mudados na vida adulta. Por suas características, a escola oferece um ambiente favorável para o aprendizado, permitindo o reforço dos conteúdos ao longo do tempo e a utilização de diferentes abordagens pelos profissionais de saúde em conjunto com os professores (ABEGG, 1999).

Para se promover a educação em saúde existem vários instrumentos, tais como: entrevista pessoal, palestras, flanelógrafo, álbum seriado, filmes, slides, fotografias, dramatização, cartazes, criação de grupos de discussão, cartas, jornais, entre outras (PETRY; PRETTO, 2003).

Assim, a educação de pares tem se constituído numa excelente forma de otimização da promoção da saúde entre crianças e adolescentes. Experiências desse tipo tem demonstrado que os envolvidos desenvolvem amadurecimento emocional, elevada auto-estima e tem facilitada a sua formação como jovens cidadãos (BARROS, 2002 apud MOSKOVICS; CALVETTI, 2008).

OBJETIVOSGERAL

Realizar educação em saúde bucal em um grupo de crianças e adolescentes participantes de uma escola pertencente à área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Dom Antônio de Almeida Lustosa, localizada no município de Fortaleza-Ce, com vistas à construção e multiplicação dos conhecimentos para prevenção de doenças e promoção da saúde bucal entre estes.

OBETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar atividades educativas, enfocando aspectos de prevenção de doenças bucais e promoção da saúde.
- Incentivar atitudes pró-ativas de educação em saúde bucal entre as crianças e adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma ação na qual ressaltamos, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança de hábitos e introduzir inovações na situação social.

A população constituiu-se das crianças e adolescentes estudantes da escola Dom Antônio de Almeida Lustosa.

Nessa escola foram assistidos aproximadamente 450 estudantes, crianças e adolescentes de 05 a 19 anos. Situa-se na Granja Lisboa, um bairro da periferia de Fortaleza inserido na área da Secretaria Executiva Regional V, e faz parte das Unidades de Atenção Primária à Saúde que as autoras trabalham.

As atividades coletivas foram realizadas na própria escola durante o ano de 2013, tendo sido conduzidas pelas próprias autoras e suas respectivas auxiliares de saúde bucal, havendo a colaboração dos professores das respectivas salas.

As ações constituíram-se de apresentação de vídeos educativos adequados à faixa etária aplicada. Após estes, era conduzido um debate discutindo as situações expostas nos vídeos, incentivando as crianças e adolescentes a desenvolverem uma consciência sobre a necessidade da adoção de hábitos saudáveis de vida, redução do consumo de açúcares e da importância escovação dentária e da manutenção da saúde bucal.

Após o debate, através da utilização de cartazes e do macro modelo, as crianças e adolescentes eram orientadas sobre a correta utilização do fio-dental e como realizar a escovação dental de forma adequada.

Finalizando a ação, as crianças e adolescentes eram levados aos banheiros da escola em grupos de seis para que fosse realizada a escovação dental supervisionada e a aplicação de flúor-gel. Tais ações eram realizadas de 15 em 15 dias em turmas diferentes.

Através da metodologia adotada, as autoras observaram uma maior participação dos alunos. O debate é uma ferramenta importante de aprendizagem, pois ao invés das informações serem somente repassadas aos alunos, estes são estimulados a construir seu próprio conhecimento com a orientação dos profissionais de saúde. Observou-se também

uma maior adesão dos alunos à prática da escovação supervisionada e da aplicação do flúor.

CONCLUSÕES

Atualmente, a Odontologia trabalha a prevenção como sendo a melhor forma para diminuir as doenças bucais. Assim, a educação em saúde bucal torna-se imprescindível para que haja conscientização dos indivíduos quanto à importância da saúde bucal para a manutenção da saúde geral e, com isso, possibilitar aos pacientes incorporar uma rotina diária de autocuidado em sua vida.

Neste contexto, a escola é considerada um local adequado para o desenvolvimento de ações de saúde bucal por reunir crianças e adolescentes em faixas etárias propícias para a adoção de medidas educativas e preventivas, objetivando a conscientização precoce desta população para a prática do autocuidado e estimulando-os a desenvolver sua autonomia e a assumir a responsabilidade pela própria saúde.

REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Notas sobre a educação em saúde bucal nos consultórios, unidades de saúde e nas escolas. **Ação coletiva**, v. 2, n. 2, p.25-29, abr./jun.1999.

COSTA, I. C. C.; ALBUQUERQUE, A. J. de. Educação para a saúde. In: _____. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRRN, 1997. p. 223-250.

MOSKOVICS, J. M.; CALVETTI, P. Ü. Formação de multiplicadores para a prevenção das DST/AIDS numa universidade espanhola. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 28, n. 1, mar. 2008.

PETRY, P. P.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p.365-370.

3.12 Relato das atividades preventivas e de promoção de saúde desenvolvidas na escola

Daniel Rebouças de Sousa

RESUMO

As ações coletivas se constituem na principal forma de abordagem da comunidade com a finalidade de prevenir agravos e promover saúde. Com a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, novas práticas centradas na prevenção e promoção da saúde foram incorporadas ao rol de atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, visando garantir a integralidade da atenção à saúde. Este trabalho foi construído a partir da vivência das práticas de ações desenvolvidas em uma escola localizada na área de abrangência da UAPS Ocelo Pinheiro em Fortaleza-CE, através de uma análise descritiva, retrospectiva do ano de 2013. As atividades realizadas foram de educação em saúde enfatizando hábitos de higiene e alimentação saudável, levantamento de necessidades em saúde bucal e aplicações tópicas de flúor. Diante das necessidades e dificuldades encontradas, faz-se necessário a continuidade do investimento governamental subsidiando a execução das ações e a motivação e sensibilização de todos os envolvidos neste processo.

PALAVRAS CHAVE: Ações Coletivas. Saúde Bucal. Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, ocorrida através da portaria 1.444/2000, aconteceu diante da necessidade de se ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira e de reorganizar o modelo de atenção vigente com a incorporação do cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal às Equipes de Saúde da Família existentes. Para que essa mudança nas práticas odontológicas acontecesse, era preciso que o cirurgião-dentista, assim como os demais profissionais, se tornasse sujeito ativo neste processo, desenvolvendo ações programáticas de intervenção populacional baseada no território com vistas à efetivação do SUS (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Muitos são os desafios para implementação e solidificação da Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Básica, mas podemos destacar a construção de práticas de saúde integrais como eixo norteador do cuidado, no vínculo e na corresponsabilidade entre os diferentes atores sociais (comunidade, profissionais e gestores) e a desconstrução do modelo de atenção biomédica, com ênfase nas práticas voltadas à promoção da saúde. Segundo Campos (2007) a política e a gestão são instrumentos fundamentais para gerar essa conversão. As diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade) são importantes geradores de mudanças de modelo.

Desta forma, as ações de saúde bucal devem ser capazes de garantir a universalização das ações e a integralidade ao cuidado das demandas e necessidades da população em seus vários aspectos, através da elaboração de estratégias planejadas pela Equipe de Saúde da Família integradas de forma permanente às demais ações na unidade de saúde (BRASIL, 2004).

As ações coletivas são aquelas desenvolvidas com o objetivo de atingir o maior número de pessoas da área adstrita visando promover atividades de prevenção e promoção da saúde em diferentes espaços sociais existentes na comunidade (unidades de saúde, escolas, associações, clubes entre outras). Para que estas atividades tenham efetividade é necessário o planejamento, a utilização de ferramentas adequadas a cada grupo social (crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes, etc.), a utilização do acolhimento e a construção de vínculos (FERREIRA, 2007).

O presente trabalho objetiva discutir a importância das atividades de caráter coletivo na reconstrução do modelo de atenção em saúde bucal e descrever as ações desenvolvidas durante

o ano de 2013 em uma escola localizada dentro da área de abrangência da UAPS Ocelo Pinheiro, SER IV.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A atenção preventiva e promocional apresentou um grande avanço no atendimento às demandas, pois passou a ser realizada de forma continuada e sistemática, elevando os níveis de saúde bucal da população assistidas. São medidas simples e de baixo custo operacional promovendo o despertar de uma consciência preventiva nas famílias com a transmissão de noções de autocuidado, estimulando a transformação de hábitos e atitudes prejudiciais à saúde em comportamentos benéficos. Para o Ministério da Saúde, as ações coletivas em saúde bucal são alternativas eficazes no combate às doenças mais prevalentes da cavidade bucal e na incorporação de hábitos saudáveis que revertam na melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2006).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) destacam-se as seguintes atividades para o desenvolvimento de ações de caráter coletivo em saúde bucal: educação em saúde bucal, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, levantamento de necessidades com classificação de risco.

Educação em saúde bucal

Com a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família os profissionais estão reconhecendo a necessidade de desenvolver novas práticas de educação e de gestão em saúde. A odontologia integrada à equipe investiu nesse trabalho para ampliar a formação de pessoas na área da saúde e melhorar o acesso à educação de cidadãos e de sujeitos - chave em saúde (professores, agente comunitário de saúde, merendeiras, pais). As ações coletivas representam a principal forma de abordagem da comunidade com a finalidade de promover a educação em saúde (BRISIGHELLO, 2012).

Nesta direção, sinaliza-se a necessidade de ações educativas em diferentes espaços sociais dentro de área de adscrição por parte da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Segundo Carmo, Cavalcante e Ferraro Júnior (2005) a educação deve ser baseada na emancipação dos sujeitos. Para isso, torna-se necessário o envolvimento do educador com a realidade dos educandos através da construção de uma relação horizontal e formação de vínculos. As novas práticas surgirão através da reflexão e problematização do cotidiano de cada território.

As atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), mas preferencialmente pelo auxiliar de saúde bucal (ASB), técnico em saúde bucal (TSB) e agentes comunitários de saúde (ACS). Compete ao cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação das atividades (BRASIL, 2004).

Higiene bucal supervisionada

A Higiene bucal supervisionada visa à prevenção das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) e a incorporação de hábitos de higiene oral. É descrita como a escovação dental com ou sem evidenciação de placa bacteriana, que deve ser realizada em grupos populacionais sob a supervisão de um ou mais profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Para um melhor aprendizado é necessária a adoção de uma técnica que seja simples, eficaz e que seja aceita por um maior número de pessoas. Recomenda-se cautela na definição de técnicas corretas ou erradas a fim de evitar estigmatização (BRASIL, 2004). A ação deve ser registrada por usuário e por mês, independente da frequência em que é realizada ou que o usuário participou da ação.

Aplicação tópica de flúor

A aplicação tópica de flúor possui aplicação preventiva ao reduzir a incidência de cárie e terapêutica ao recuperar lesões não-cavitadas. Deve ser utilizada de maneira cautelosa, baseada em critérios técnicos bem definidos, visto a sua utilização de forma difundida nos dentifrícios fluoretados e água de abastecimento (BRASIL, 2009).

Levantamento de necessidades com classificação de risco

O levantamento de necessidades é um instrumento que mensura as condições individuais e coletivas em saúde bucal. É utilizado como forma de planejar as intervenções, subsidiando o agendamento para atendimento clínico individual, através da classificação de risco para a cárie e doença periodontal, e orientando a participação nas atividades coletivas (SÁ, 2005).

Esta atividade consiste em uma inspeção visual rápida, utilizando-se de espátulas de madeira e a anotação em ficha específica das necessidades encontradas, fazendo-se a classificação do risco daquele indivíduo e se utilizando de critérios baseados na equidade (priorização de quem mais precisa) para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma análise do tipo documental, descritiva, quantitativa, por meio de análise retrospectiva do ano de 2013, sendo construído a partir da vivência de ações coletivas em saúde bucal desenvolvida pela Equipe de Saúde da Família Montese III em uma escola privada de pequeno porte localizada no Montese, área de abrangência da UAPS Ocelo Pinheiro.

Foram propostas as seguintes atividades: higiene bucal supervisionada com creme dental fluoretado (frequência semanal e com o apoio de um articulador social), escovação com gel fluoretado (frequência mensal), educação em saúde (frequência trimestral) e levantamento de necessidades (anual).

A amostra estudada foi constituída por 201 alunos, com faixa-etária de 3 a 14 anos, matriculados e cadastrados para a realização das atividades coletivas. A escola conta com 11 turmas de educação infantil (creche e pré-escola) e ensino fundamental (anos iniciais), funcionando nos turnos manhã e tarde.

Para coleta de dados, utilizou-se das informações constantes no mapa de controle mensal das ações coletivas, enviados periodicamente à Saúde Bucal do Distrito de Saúde da SER IV, e nas fichas utilizadas durante o levantamento de necessidades. O tempo de investigação compreendeu o período de março a dezembro de 2013.

RESULTADOS

Ao analisarmos os dados referentes às atividades coletivas executadas no ano de 2013, não levaremos em consideração o item higiene bucal supervisionada, visto que até este ano, o registro era feito repetindo o número da população cadastrada no espaço social, independente da frequência com que era realizada a ação. A aplicação tópica de flúor era realizada nos alunos com idade a partir de 6 anos devido ao risco de deglutição nos alunos abaixo desta faixa etária. Durante o período analisado foram executadas as ações constantes na Tabela 1.

Tabela 1 – Ações coletivas realizadas durante o ano de 2013, na UAPS Ocelo Pinheiro, Fortaleza-CE.

Atividades	Quantidade
Levantamento de Necessidades	24
Educação em Saúde	38
Escovação com Gel Fluoretado	244

Fonte: Mapa de Controle Mensal das Ações Coletivas – Distrito de Saúde SER IV

Inúmeras dificuldades foram enfrentadas durante o ano, prejudicando a realização das atividades de maneira mais efetiva. Podemos citar a falta de insumos para operacionalização das ações (escovas, cremes dentais). Para que não se parasse totalmente as atividades, foi solicitado que os alunos trouxessem suas escovas e cremes dentais de casa nos dias agendados para sua realização.

Outra questão a ser considerada é a deficiência no número de auxiliares e técnicos em saúde bucal, fazendo com que a atividade fosse realizada exclusivamente pelo cirurgião-dentista, pois do contrário, desfalaria a unidade impossibilitando o atendimento clínico dos demais profissionais. Dessa forma, as atividades eram interrompidas nos períodos de férias e licenças.

CONCLUSÕES

As ações coletivas se constituem na principal forma de abordagem da comunidade com a finalidade de prevenir agravos e promover saúde, através da construção conjunta do conhecimento e estímulo a responsabilização do indivíduo como corresponsável por sua saúde.

Diante da experiência descrita reconhece-se a necessidade de desenvolver novas rotinas de educação e de gestão em saúde, capazes de produzir mudanças no processo de transformação de hábitos e condutas.

Para que as atividades aconteçam de forma contínua e eficaz, é necessário o investimento governamental subsidiando a execução das ações através do fornecimento dos insumos necessários, contratação de pessoal auxiliar e formação dos profissionais de saúde.

Também é fundamental que todos os sujeitos envolvidos no processo (gestores, alunos, professores, diretores, familiares, profissionais de saúde e comunidade) estejam motivados e sensibilizados, acreditando no potencial deste modelo de atenção, enquanto prática transformadora da realidade de saúde presente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

_____. **Indicador - Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**. Brasília, DF, 2004. Nota técnica.

_____. **Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 17, série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF, 2009.

BRISIGHELLO, M. L. P. **Ações coletivas como foco de atuação da odontologia no Programa Saúde da Família**. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CARMO, E. M.; CAVALCANTE, L. O. H.; FERRARO JUNIOR, L. A. Agenda 21 local: uma construção num contexto de letramento. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 1, n. 1, p. 259-269, nov. 2005.

FERREIRA, I. R. C. **A equipe de saúde bucal e os processos de educação em saúde**. Dissertação (mestrado) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

LOURENÇO, E. C.; SILVA, A. C. B.; MENEGHIN, M. C.; PEREIRA, A. C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, set./out. 2009.

SÁ, E. O inquérito de necessidades em saúde bucal. In: Guia Curricular do Curso de Técnico em Higiene Dental. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005. p. 65-67.

3.13 Projeto educação em saúde bucal

Lílian Pinheiro Francimat, Mirelle Varela, Rafael Reis

RESUMO

O presente trabalho busca provocar os adolescentes, público-alvo da atividade, quanto às mais diversas formas de cuidado e prevenção relacionadas à sua saúde bucal. Utilizou-se do ambiente de competição para estimular a participação dos mesmos e potencializar a retenção de informações por parte dessa faixa etária tão delicada, que necessita de uma abordagem mais elaborada quando da educação em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Adolescente. Saúde Bucal. Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde vai além da ausência de doença ou enfermidade e pode ser entendido como um conjunto de fatores que proporcionam o bem-estar físico mental e social, conforme indicado pela Organização Mundial de Saúde (BARCHIFONTAINE, 2002).

A educação em saúde é um processo que induz a mudança de comportamento relativo à saúde. Esse processo não deve ser apenas individual, mas também coletivo e com o objetivo de transmitir informações e motivar hábitos que mantenham a saúde e previnam doenças (MIRANDA *et al.*, 2002).

A educação em saúde constitui um instrumento utilizado para manter e elevar o nível de saúde das pessoas e ao mesmo tempo estimular a prática de hábitos saudáveis (VERAS *et al.*, 2003).

Este trabalho tem o objetivo de divulgar para colegas cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Fortaleza uma forma de educação em saúde para pré-adolescentes e adolescentes, os quais são mais resistentes às formas de saúde tradicionais.

Por ser dinâmica, interativa e de livre participação, “A torta na cara” permite que eles participem de forma prazerosa e obtenham conhecimento sobre o tema abordado.

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada uma atividade de educação em saúde tendo como tema saúde bucal e hábitos saudáveis de alimentação na turma 7º A, pela manhã da EMEIF Vicentina Campos. A Escola está localizada no Bairro Parque Dois Irmãos, área adscrita da UAPS Vicentina Campos, localizada na Regional VI, no município de Fortaleza-CE.

Foi solicitada autorização do diretor para realização de uma gincana com a turma e com o material já preparado, na manhã do dia seguinte, os dentistas do posto compareceram à sala de aula para divisão da turma em dois grupos e organização em local reservado pelo diretor para realização da gincana.

A brincadeira foi chamada de torta na cara. Com dois alunos posicionados em pé e com uma mesa na frente dos alunos, uma pergunta era feita sobre o tema abordado na discussão. Finalizada a pergunta, a pessoa responsável pelo questionário dava um sinal, e os alunos posicionados em frente à mesa deveriam abaixar a mão, antes colocada ao lado da cabeça, e tocar um fio dental.

O primeiro a tocar o fio ganhava o direito de resposta. Sobre a mesa do professor, já havia disposto um prato plástico com espuma, a torta. Ao acertar a pergunta, o aluno ganhava o direito de jogar a torta no rosto de seu oponente. Ao errar, o oponente passava a ter o direito de responder a pergunta e, ao acertar, jogar a torta. Os pontos eram contados para cada grupo, a fim de se determinar um grupo vencedor.

Foram elaboradas 14 perguntas. Ao final, todos os alunos receberam escovas como prêmio pela participação na brincadeira. Não houve diferença na oferta de brindes entre grupo vencedor ou perdedor, todos foram contemplados da mesma forma.

Materiais utilizados

- a. Espuma para carnaval, sem perfume, atóxica;
- b. Pratos plásticos;
- c. Tubo de fio dental;
- d. Apito para dar o sinal;
- e. Papel toalha;

f. Escovas tamanho adulto.

Perguntas

1. Como podemos prevenir a cárie? Cite duas formas.
2. A cárie é considerada uma doença transmissível?
3. Que componente existe na pasta de dentes que ajuda a prevenir cáries?
4. Existe Flúor na água que bebemos?
5. Quantas vezes devemos escovar os dentes durante o dia?
6. Qual a principal escovação do dia?
7. O fio dental deve ser utilizado antes ou depois da escova?
8. Ao limparmos a boca, devemos escovar somente os dentes? O que também devemos escovar?
9. A alimentação é um fator importante para manutenção da saúde bucal. Cite um alimento nocivo para os dentes.
10. Cite um alimento que auxilia na limpeza dos dentes.
11. Quando e como você escovaria seus dentes para manter sua boca saudável?
12. Como seria uma alimentação ideal?
13. Cite 5 amigos dos dentes.
14. A partir de qual momento da vida devemos começar a limpar a boca?

RESULTADOS

Ao ser realizada a prática com os alunos, foi observada uma excelente receptividade, sendo, portanto, por parte dos profissionais presentes em sala, uma dinâmica indicada para aplicação em pré-adolescentes e adolescentes. Os alunos demonstraram interesse e colaboração.

Como já é de conhecimento geral, essa faixa etária necessita de um trabalho de educação em saúde bucal mais elaborado, então houve procura por parte da equipe de uma dinâmica rápida, de muita interação entre profissionais e alunos e agilidade.

Foi observada participação de toda a turma e uma aceitação positiva por parte da direção da escola. É também uma excelente forma de tentar prender mais a atenção dos escolares no momento da educação em saúde, pois eles já podem estar informados de que participarão de uma gincana com distribuição de brindes com perguntas e respostas sobre o assunto abordado na discussão.

CONCLUSÕES

A educação em saúde é considerada de extrema importância para prevenção da doença. Iniciando o trabalho o mais cedo possível, o cirurgião-dentista pode garantir a preservação da saúde desde a dentição decídua e o acompanhamento da erupção e conservação dos dentes permanentes. O projeto desenvolvido abordou a faixa etária mais resistente às discussões sobre educação em saúde: pré-adolescentes e adolescentes.

A dinâmica realizada com os escolares, chamada “Torta na cara”, foi considerada bem sucedida e indicada pela equipe para desenvolvimento, não apenas na Odontologia, mas nas outras áreas. Foi de excelente aceitação por uma faixa etária de difícil manejo. Pode ser também usada dentro da Odontologia com outro assunto abordado.

REFERÊNCIAS

BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética: essência das relações na saúde. **Nursing**, v. 44, n. 5, p. 9-11, 2002.

MIRANDA, J.; LEMOS, M.; TORRES, M.; SOVIERO, V.; CRUZ, R. Promoção de saúde bucal em odontologia: uma questão de conhecimento e motivação. **Rev. CROMG**, v. 6, n. 3, p. 154-157, 2000.

VERAS, M.S.C.; SEKULIC, E.; SABÓIA, V.P.A.; ALMEIDA, M.I. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev. Odontol. UNICID**, v. 15, n. 1, p. 55-61, 2003.

3.14 Prevenção da gravidez na adolescência: um despertar para a corresponsabilidade das decisões tomadas

Antônio Gonçalves Silva Neto, Raimundo Gomes, Rafaheli Rodrigues Jorge, Suzelle Sena Rocha

RESUMO

Diante da relevância do tema e em face da constatação do elevado número de registros dos casos de gravidez entre adolescentes em nosso meio e, ainda, considerando a problemática do não planejamento com repercussões na formação acadêmica e profissionais dos jovens. O objetivo desse trabalho foi apresentar um relato de experiência realizado em uma escola do município de Fortaleza, envolvendo profissionais da Estratégia de Saúde da Família, profissionais da educação, alunos e pais. Faz-se necessário sensibilizar e conscientizar a sociedade por meio de programas de saúde, possibilitando a este grupo da população maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver e praticar uma postura crítica e socialmente responsável no exercício da sua sexualidade.

PALAVRAS CHAVE: Gravidez. Adolescência. Prevenção.

INTRODUÇÃO

Considera-se adolescência o período de 10 a 19 anos de idade, sendo compreendida como o período de vida a partir do qual surgem às características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1997).

Nessa fase da vida há uma maturação sexual, formação de valores e comportamentos que determinarão a história de vida das pessoas, na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e definição profissional. O atendimento de pessoas nessa etapa do seu desenvolvimento físico e psíquico exige das Equipes de Saúde da Família uma abordagem efetiva dos problemas detectados, dentre eles a gravidez na adolescência.

A atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, com consequências indesejáveis imediatas como o aumento da frequência de doenças sexualmente

transmissíveis (DST) nessa faixa etária; além disso, a gravidez, muitas vezes não planejada pode terminar em aborto (MIMICA; PIATO, 1991). Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, esse acontecimento gera consequências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido, acrescidos de problemas emocionais e comportamentais, além de possíveis complicações na gravidez.

A maternidade na adolescência é vista como um fator que altera o ciclo natural do desenvolvimento das jovens, justificada pelo fato de a criança ter que assumir um novo papel, o de mãe, e algumas vezes, o de esposa, de modo brusco e definitivo, que é certamente incompatível com a condição de adolescente. Há uma idéia de que a gravidez precoce provoca uma ruptura no ciclo desenvolvimental das adolescentes, comprometendo seu crescimento em várias situações, principalmente nos estudos, com implicações no futuro profissional, pessoal e social (CHELALA, 2000).

O problema exige da saúde pública programas de orientação, preparação e acompanhamento durante a gravidez e o parto, e também cuidados pediátricos e psicológicos. Esse quadro vai provocar alterações nos diferentes âmbitos: na família, demandando uma redefinição de crenças, atitude e valores, e novos arranjos de espaços físicos; na rotina diária, incluindo cuidado com a criança; no aspecto financeiro, provocando um impacto nas despesas; nos aspectos escolares e/ou profissionais, podendo provocar dificuldades no acompanhamento escolar ou no desempenho de atividades profissionais. Sendo a gravidez desejada ou não, os planos pessoais serão revistos e as jovens terão que lidar com as dificuldades inerentes à nova realidade (DIAS; GOMES, 2000).

Os profissionais de saúde da família podem atuar e desenvolver ações educativas em saúde, num processo dinâmico e contínuo, para colaborar com este grupo etário no intuito de diminuir tais riscos, mas, para isto, eles devem estar preparados para abordar a clientela e os temas referentes à sexualidade humana e a fase da adolescência (JESUS, 2000).

Na atenção dada aos adolescentes é necessário considerar que nesta fase, exercer a sexualidade com saúde é um direito. O profissional de saúde precisa respeitar as particularidades dos adolescentes, aprovando sua autonomia enquanto pessoas e incentivando assim, ações que promovam a saúde, valorizando a vida (BRASIL, 2002).

Por meio de oficinas educativas nas escolas e nas unidades de saúde e, da sensibilização da equipe multiprofissional, pretende-se fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde da família e o adolescente para um atendimento integral e individual.

A proposta da prevenção da gravidez na adolescência pode ser realizada de diversas maneiras. Uma delas é tentar retardar o início da experiência sexual, já no caso das adolescentes que iniciaram o intercuro sexual, convém o uso de contraceptivos. Essas duas medidas, a educação sexual e a utilização de contraceptivos, são de caráter individual (PAUCAR, 2003). Vários estudos vêm demonstrando que nas últimas décadas os jovens estão iniciando as relações sexuais precocemente. A antecipação do início da vida sexual faz com que muitas adolescentes procurem métodos contraceptivos (BEMFAM, 1997), os quais podem ser mais eficazes quando ministrados sob uma orientação profissional dedicada.

Nesse sentido, Bemfam (1997) propõe um programa de saúde na escola, reunindo grupos de adolescentes para discussão de aspectos relacionados à saúde reprodutiva, com participação efetiva e diária do profissional de saúde. Pois, além do contexto familiar, a escola é um dos locais mais apropriados para abordagem de assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, com ênfase no exercício da sexualidade, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e no uso de métodos contraceptivos, pois nela concentra-se um número expressivo de adolescentes.

Relevante problema de saúde pública, a gravidez na adolescência se destacou a partir da década de 70, com o aumento proporcional da fecundidade em mulheres com 19 anos de idade ou menos. A fecundidade geral declinou aproximadamente de seis filhos para 1,8 filhos por mulher, em contrapartida, a fecundidade adolescente aumentou passando de 7,1%, em 1970, para 23%, em 2006 (FERREIRA *et al.*, 2012).

Foi detectado também pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) um aumento no número de nascidos vivos de mulheres entre 10 e 19 anos de 19,8% em 1994 para 21,1 em 2007, representando acréscimo acumulado de 6,8% (NEVES FILHO *et al.*, 2011). O contexto familiar tem relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. Assim sendo, adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram vida sexual em idade precoce ou engravidaram durante a adolescência.

O presente trabalho tratou-se de um relato de experiência realizado em uma escola do município de Fortaleza, com alunos do quinto ao nono ano e contou com a participação dos profissionais da equipe de saúde da família, cirurgião dentista e enfermeira, educadores em saúde, professores e direção da escola. O interesse por desenvolver o estudo nessa escola específica, se deveu ao fato de se observar um aumento no número dos casos de gravidez entre

esse público, bem como, por considerar a gravidade das repercussões psíquicas, sociais, à saúde física e mental dos adolescentes.

METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como sendo descritivo, adotando uma abordagem qualitativa dos dados sobre a prevenção da gravidez não planejada na adolescência. Nesse contexto, propomos o desenvolvimento de ações preventivas junto a adolescentes na escola envolvendo profissionais da Estratégia de Saúde da Família, profissionais da educação, alunos e pais, por meio da adoção dos seguintes instrumentos e técnicas:

a) Promoção de reuniões com a direção, professores e pais para identificar e debater os casos de gravidez precoce nas famílias.

b) Realização de oficinas educativas sobre o tema com os alunos abordando aspectos como o conhecimento do corpo, a sexualidade, a afetividade e a prevenção da gravidez.

c) Realização de entrevistas com adolescentes que engravidaram precocemente na comunidade, bem como com os profissionais de saúde que prestam assistência a esse público.

O trabalho foi realizado durante os meses de abril a novembro de 2013 e primeiramente, foram realizadas reuniões com a direção e professores acerca do desenvolvimento do trabalho, buscando sugestões e a adesão dos mesmos. Em seguida, foram discutidos temas com os alunos como o conhecimento do corpo, a sexualidade, a afetividade e a prevenção da gravidez. A culminância do projeto foi a entrega de pintinhos representando o cuidado com um ser vivo. Essa vivência gerou entusiasmo e mobilização de toda a escola. Juntamente com o pintinho, cada aluno recebeu uma ficha onde anotaria informações relevantes sobre a sua experiência, comentando as facilidades e as dificuldades do cotidiano, uma espécie de diário.

Dessa forma, tencionamos gerar conhecimentos que propiciem uma maior compreensão do problema e a implementação de ações direcionadas para a prevenção da gravidez precoce.

RESULTADOS

Com base na análise dos relatos e dos discursos nas rodas de conversa, observou-se a mudança de atitude e o envolvimento dos alunos com as atividades, levando-os a refletir acerca da possibilidade de serem pais enquanto adolescentes.

Ressalta-se o fato de que durante a análise dos relatórios e entrevistas realizadas com os alunos participantes, os meninos destacaram-se no cuidado com o ser vivo.

Desta forma observamos que o presente trabalho gerou uma reflexão sobre as responsabilidades, renúncias e alegrias que envolvem o cuidar de uma criança.

CONCLUSÕES

No contexto da adolescência, a gravidez traz sérias implicações às vidas das pessoas e provoca repercussões negativas psíquicas e sociais à saúde física e mental dos adolescentes. Diante das transformações sociais nas últimas décadas, esse problema tornou-se um desafio para a saúde pública, porque a mesma sociedade que aparentemente incentiva liberação sexual, representada na primeira experiência, não tem preparo e nem prevenção para oferecer acolhimento a esses jovens.

A problemática relacionada na gravidez dos adolescentes teve como reconhecimento que eram necessárias ações de incorporação nos programas de saúde e nas agendas sociais dos governos.

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família são capacitados para atuar de forma multiprofissional no desenvolvimento de ações de planejamento, execução, assessoria, avaliação, controle e supervisão de programas de saúde. A educação em saúde da população é a base para o êxito das ações estabelecidas. O presente estudo coloca em questão que a assistência deve ser voltada a educação e sensibilização dessa população despertando-a como corresponsável por sua saúde e decisões, pois para prevenir é preciso educar.

REFERÊNCIAS

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: 1997.

CHELALA, C. A. **Gravidez em Adolescentes nas Américas**: A saúde do mundo. Genebra, 2000.

DIAS, A.C.G.; GOMES, W.B. Família que fala sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção de adolescentes grávidas. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.13, n.1, 2000.

FERREIRA, R. A. *et al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, fev. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). Coordenação da Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança, COSAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**: 1996. Rio de Janeiro, 1997.

JESUS, M. C. P. de. Educação Sexual e Compreensão da Sexualidade na perspectiva da Enfermagem. Experenciando a educação sexual junto a adolescente e seus familiares. In: RAMOS. F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE,R.G. **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 46.

MIMICA, I.; PIATO, S. Doenças sexualmente transmissíveis. In: _____. **Ginecologia da infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991.

NEVES FILHO, A. C. *et al.* Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação?. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 4, dez. 2011.

PAUCAR, L.M.O. **A Representação da gravidez e aborto na adolescência**: estudo de casos em São Luís do maranhão. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, 2003.

3.15 A importância do atendimento odontológico e ações de promoção em saúde para gestantes da UAPS Anísio Teixeira no município de Fortaleza-CE

Magda Kelly Madeira Abreu; Veruska Queiroz de Castro

RESUMO

Muitos cirurgiões-dentistas demonstram insegurança no atendimento às gestantes. Isso se deve, em parte, à crença popular de que gestantes não podem realizar tratamento odontológico, como também devido à falta de interação multidisciplinar e abordagem deficiente do assunto durante a formação acadêmica. Existe ainda uma hesitação por parte das gestantes, que temem que o tratamento odontológico possa causar alguma anormalidade ao feto e até aborto. Na revisão de literatura abordada, existe um consenso quanto à realização de tratamento odontológico durante a gestação, sendo o segundo trimestre o período eleito para tratamentos dentários. Esse trabalho tem como objetivo revisar a literatura para tratamento odontológico no período gestacional, possibilitando esclarecimentos para realização de condutas clínicas baseadas em evidências científicas.

PALAVRAS CHAVE: Gestante. Gravidez. Odontologia.

INTRODUÇÃO

Muitos profissionais da área odontológica têm demonstrado interesse em desmistificar a crença popular de que gestantes não podem realizar tratamento odontológico, já que as próprias gestantes mostram-se inseguras a esse atendimento.

Os conhecimentos científicos atuais mostram que qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação. Na literatura consultada, o segundo trimestre foi eleito o melhor período para realização desse tratamento.

Além da desmistificação, para que esse atendimento seja melhorado, é fundamental que seja estabelecido um laço de confiança entre cirurgião dentista e gestante. Desse modo, a mulher ficará mais segura e tranquila, e se construirá um vínculo da confiança com o dentista que irá acompanhá-la na gestação.

Na primeira consulta odontológica de uma gestante, além de uma boa anamnese deve ser realizado um exame primoroso da mucosa oral e dos dentes. Deve-se avaliar o nível de ansiedade da gestante e abordar assuntos de promoção e prevenção relacionados à saúde bucal.

Dessa forma, é salutar desenvolver um modelo de atenção e de aconselhamento odontológico com a gestante, permitindo melhorar a saúde bucal dessa futura mãe e tendo como reflexo desse aprendizado uma melhora na saúde de seus filhos. Os bons hábitos de saúde bucal adquiridos durante o pré-natal podem ser transmitidos às crianças e elas poderão crescer livres de cárie e doença periodontal.

METODOLOGIA

Nossa abordagem de pesquisa constituiu-se de uma revisão de literatura, possibilitando uma reflexão sobre as ações educativas implementadas no pré-natal, fundamentada na literatura, a partir do conhecimento das ações educativas que fazem parte da atenção pré-natal nos serviços de saúde.

REVISÃO DA LITERATURA

O sistema de saúde do Brasil sofreu constantes mudanças ao longo do século XX, a atenção básica à saúde passou por vários ciclos, mas apenas em 1960 houve a implementação de ações prioritárias para assistência à mulher, com ênfase às de mandos relativos à gravidez e ao parto, e à criança.

Com a publicação do programa de assistência integral a saúde da mulher (PAISM), marca-se uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e os prioridades nessa área, na medida em que propõe ações voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital. (BRASIL, 2001)

Conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, houve a elaboração de políticas públicas prioritárias e de manuais para a padronização de condutor dos profissionais de saúde.

A gravidez é um processo compreendido por mudanças físicas e psicológicas complexas que afetam profundamente mulheres saudáveis. No passado, a gravidez era considerada um impedimento para realização de tratamento dentário devido às mudanças fisiológicas que

alteram a condição médica da paciente (TARSITANO; ROLLINGS; 1993). Mudanças na fisiologia oral também são observadas na gravidez.

Segundo Slavutzky, Rosito e Silveira (2003), o atendimento odontológico à gestante consiste em: descontaminação bucal com substâncias antimicrobianas e uso de fluoretos com indicações seguras; aconselhamento dietético para a saúde bucal materno/infantil; remoção de irritantes locais que possam estar agredindo a gengiva, mucosa oral e ou favorecendo a formação de placa dental; educação para a saúde a partir da realidade individual da gestante; e intervenções clínicas odontológicas, quando necessárias e/ ou urgentes.

Altos níveis de ansiedade associados com a gravidez podem intensificar o estresse com a consulta odontológica. Consultas curtas, evitando prolongadas posições supinas, instrução de higiene oral e dieta, e uso judicioso de radiografias podem ser suficientes para facilitar o atendimento. A cronometragem do tratamento dentário e modificações no tratamento durante a gravidez são importantes. Agentes farmacológicos, radiológicos e influências ambientais, todas precisam ser avaliadas e consideradas durante a gravidez (TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

O primeiro trimestre é o mais crítico para o embrião, pois nesta época estão se desenvolvendo vários órgãos, tornando-o mais vulnerável às agressões teratogênicas e ao aborto (SONIS *et al.*, 1996; FOURNIOL FILHO, 1998). Neste período é muito comum que ocorram abortos espontâneos, portanto sempre que possível deve-se evitar procedimentos odontológicos (GAFFIELD *et al.*, 2001).

Apesar da preferência evidente do segundo trimestre para tratamento odontológico em gestantes, os casos emergenciais devem ser solucionados prontamente em qualquer época, preferivelmente removendo a etiologia via terapia endodôntica. Extração e drenagem (SONIS *et al.*, 1996), lembrando que antes de se dar início a qualquer procedimento invasivo, é imprescindível a realização de uma boa anamnese e contatar o médico da gestante, para obter informações complementares sobre o estado geral da mesma e possíveis doenças sistêmicas (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

FÁRMACOS X GESTAÇÃO

Em relação aos fármacos usados durante a gravidez, podem ser prescritos analgésicos opióides e não opióides de classe B segundo a Food and Drug Administration (FDA)-

considerados seguros, e os comuns – aspirina e acetaminofeno, com devida restrição e orientação médica. Entretanto, a administração de analgésicos opióides, por atravessarem facilmente a barreira placentária, não é recomendada ao término da gestação por apresentar efeito cumulativo e podendo gerar depressão do sistema nervoso central (SNC) no bebê recém-nascido. A aspirina e o acetaminofeno não se associam a malformações. O mesmo ocorre com a codeína, a morfina e a meperidina, quando em uso terapêutico. O uso de anti-inflamatórios esteróides e não-esteróides não está associado a quaisquer alterações congênicas em humanos (WANNMACHER; FERREIRA, 1995).

Por sua vez, os antibióticos, apesar de atravessarem com facilidade a barreira placentária, não são considerados teratogênicos quando se considera o grupo como um todo a não ser as tetraciclina que são responsabilizadas por malformação do esmalte dentário, coloração anormal dos dentes e retardo do crescimento ósseo. Segundo o FDA, são classificados de classe B. As penicilinas e as cefalosporinas são agentes preferencialmente usados durante toda gestação (WANNMACHER; FERREIRA, 1995).

Para a prevenção e tratamento de infecções orais durante a gestação, os antibióticos de primeira escolha são as penicilinas. (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; CANEPPELE *et al.*, 2011). Por apresentarem ação específica contra substâncias da parede celular das bactérias não causam danos ao organismo materno ou ao feto, sendo praticamente atóxicas. Dentre as mais indicadas estão a amoxicilina e a ampicilina (categoria B). Outras opções, também da categoria B, são as cefalosporinas e macrolídeos mais comumente empregadas em pacientes alérgicos às penicilinas, (CANEPPELE *et al.*, 2011; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; SURESH; RADFAR, 2004).

A eritromicina na forma de estolato não deve ser administrada devido ao seu caráter hepatotóxico, (CENGIZ, 2007; CHAI; NGE0, 1998; GIGLIO *et al.*, 2009).

É contraindicado o uso das tetraciclina (categoria D), uma vez que estes antibióticos atravessam com facilidade a membrana placentária, quelando-se ao cálcio dos tecidos dentários do feto durante a mineralização, causando malformação no esmalte e descoloração dentária (CANEPPELE *et al.*, 2011; CENGIZ, 2007; CHAI; NGE0, 1998; POLETTO *et al.*, 2008). Estas drogas também podem ser depositadas no tecido ósseo do feto, provocando retardo no crescimento. Além disso, durante as primeiras semanas do pós-parto, podem induzir anemia hemolítica ou icterícia no neonato.

Em caso de infecções mais graves, opta-se pela associação de penicilina ao clavulanato de potássio, empregando-se a clindamicina (600 mg) em casos de pacientes alérgicas às penicilinas.

O emprego de anti-inflamatórios não esteróides (AINES) e ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser feito com extremo cuidado durante a gravidez, devido à tendência de causarem hemorragias na mãe e no feto (CANEPPELE, 2011; CHAI, 2006), inércia uterina (contração insuficiente do útero durante ou após o parto) e fechamento prematuro dos canais arteriais do feto.

Além disso, de forma geral, o uso dos AINES no último trimestre da gravidez está associado ao prolongamento do trabalho de parto, devido à inibição da síntese de prostaglandinas relacionadas às contrações uterinas. Chai e Ngeo (1998), citam alguns estudos nos quais se obteve evidências científicas de associação entre a administração dos anti-inflamatórios não esteróides e a teratogenicidade. A aspirina, por exemplo, parece estar relacionada a casos de hipertensão pulmonar fetal e retardo no crescimento do feto, enquanto o ibuprofeno possivelmente tem associação com efeitos deletérios sobre a circulação fetal e neonatal. O uso dos AINES também não é recomendável devido aos seus efeitos adversos relativamente comuns, que também podem ocorrer na gestante, a exemplo das complicações gastrointestinais. (SURESH; RADFAR, 2004).

O paracetamol é um analgésico (categoria B) que, quando empregado em doses terapêuticas, não apresenta efeitos teratogênicos, (CENGIZ, 2007; CHAI; NGENO, 1998; POLETTTO *et al.*, 2008), podendo ser empregado com segurança no tratamento de dor suave a moderada, em qualquer estágio de gestação (CANEPPELE *et al.*, 2011).

Sendo assim, é o analgésico mais indicado para pacientes grávidas, entre os disponíveis no mercado, (DELLINGER; LIVINGSTON, 2006; CICLIO, 2009; POLETTTO *et al.*, 2008; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; SURESH; RADFAR, 2004). Sobre os fármacos com finalidade analgésica, Amadei *et al.* (2011) e Caneppele *et al.* (2011) afirmam, ainda, que a dipirona sódica é o analgésico de segunda escolha, tendo como desvantagem o risco de agranulocitose, o qual pode predispor a gestante a infecções.

Os corticosteróides, classificados na categoria C da FDA, são considerados mais seguros que os AINES para tratamento de lesões inflamatórias orais, quando administrados topicamente, Silva, Stuani e Queiroz (2006). Em situações de necessidade de uso dessas drogas

deve-se administrar, preferencialmente, prednisona ou prednisolona. Estes fármacos, pela sua dificuldade em atravessar a membrana placentária, têm menor risco de causar efeitos adversos ao feto, quando comparados aos demais corticóides. (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009).

ANESTÉSICOS LOCAIS X GESTAÇÃO

Os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período de gestação, não havendo contraindicações do seu uso (AMADI, 2011; CHAI; NGE0, 1998; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006). A maioria é classificada pela FDA na categoria B, com exceção da mepivacaína e bupivacaína (categoria C). Embora tenha a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionados a efeitos teratogênicos (CHAI; NGE0, 1998; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; SURESH; RADFAR, 2004).

A solução anestésica mais empregada é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1: 100.000 (AMADEI *et al.*, 2011; BASTIANI, 2011; GIGLIO *et al.*, 2009; POLETT0 *et al.*, 2008).

A presença de vasoconstritor na solução anestésica é essencial e também não apresenta contraindicações, tendo como vantagens o aumento da concentração local dos anestésicos (reduzindo a toxicidade sistêmica), a ação hemostática e o prolongamento do seu efeito farmacológico (POLETT0 *et al.*, 2008).

Não devem ser administrado a benzocaína (presente em anestésicos tópicos) e a prilocaína, uma vez que estes fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam o risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal (AMADEI *et al.*, 2011; CANEPPELE *et al.*, 2011; CHAI; NGE0, 1998; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

FLUORTERAPIA X GESTAÇÃO

A indicação de suplementos fluorados surgiu na época onde se acreditava que o efeito anticariogênico do flúor era sistêmico, portanto, indispensável durante a odontogênese in útero. Porém, como os avanços dos estudos, hoje se sabe que o efeito sistêmico (aumento da concentração de flúor na cavidade bucal) estaria relacionado apenas com a melhora da saúde bucal da gestante pela prevenção da doença cárie e que este flúor não interfere na saúde dos dentes em formação no concepto (CORDOSO, 2010; GONÇALVES, 2009; POLETO, 2008; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

Sabe-se que o flúor participa no processo de mineralização dos elementos dentários, aumentando a quantidade de fluorapatita (que é menos solúvel que a hidroxiapatita – componente do esmalte dental) na superfície do esmalte pós-erupcionado, e não durante a sua formação (CURY, 2001; POLETTO *et al.*, 2008).

A suplementação pré-natal é contraindicada principalmente por meio de complexos vitamínicos que contêm cálcio. Este reage com o flúor, diminuindo a absorção em 50% dos dois elementos. A diminuição da absorção de flúor não trás nenhuma consequência seria, mas a de cálcio sim, pois este é um elemento extremamente importante para a gestante e para o bebê (BRASIL, 2009; CURY, 2001).

Diante disso, por falta de evidências de efeito anticariogênico, organizações internacionais como a American Dental Association (ADA) e a Food and Drug Administration (FDA) defendem a proibição do emprego do flúor em medicamentos no pré-natal (BRASIL, 2009; MAMELUQUE *et al.*, 2005).

EXAMES RADIOGRÁFICOS X GESTAÇÃO

A radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas, que é de 10mSv, e menor que a radiação cósmica adquirida diariamente. Ainda deve ser levado em consideração que o feto só recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (ABBOT, 2000; DA CRUZ, 2002; POLETTO *et al.*, 2008; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

É de geral consenso que a utilização de radiografias deve ser evitada no primeiro trimestre de gestação, mas especificamente entre os dias 32 e 37, na 4ª e 5ª semanas de gestação, visto que a organogênese é um momento crítico (ABBOT, 2000; POLETTO *et al.*, 2008).

Porém, se todas as medidas de precaução, tais como uso de avental plumbífero, regulação da dose e duração dos raios x, forem realizadas, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou postergado para após o parto, principalmente em casos de urgência (CARDOSO, 2010; DA CRUZ, 2002; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

A primeira medida para evitar problemas é uma anamnese bem elaborada sobre a vida sexual da paciente, já que poucas mulheres têm consciência da gravidez nas primeiras oito semanas de gestação (ABBOTT, 2000). Algumas outras medidas devem ser adotadas para

evitar problemas de má formação como a utilização de filmes radiográficos ultrasensíveis, de preferência o filme E, que permite menor tempo de exposição. Além disso, o cirurgião-dentista tem obrigação de promover a proteção adequada evitando radiografias de rotina, proteger o abdômen com avental de chumbo, evitar erro de técnica, evitar ângulos direcionados ao abdômen e evitar repetições de tomadas radiográficas (POLETTO *et al.*, 2008; SILVA; STUANI, QUEIROZ, 2006).

Deve-se fazer o mínimo de radiografias possíveis numa gestante e sempre com a indispensável proteção do avental e protetor de tireóide, ambos de chumbo, pois a radiação do embrião durante a pré-implantação – 1º e 2º semanas, pode ter, como consequência, óbitos pré-natais, e ainda ocorrer mutações somáticas e genéticas nas células germinativas do feto. Os principais efeitos de radiação ionizável são alterados no desenvolvimento somático e genético, lesões no sistema nervoso central- retardo mental, e possíveis manifestações como neoplasias pós-natais – leucemia (FREITAS; ROSA, 2000).

PERIODONTIA X GESTAÇÃO

A gestação pode aumentar o risco de aparecimento e/ou exacerbar o desenvolvimento das doenças periodontais na mulher devido a fatores fisiológicos e de higiene podendo afetar o bebê em formação. Um estudo realizado por Ruiz, Silva e Casalino (2004) correlacionou a enfermidade periodontal ao retardo do crescimento intra-uterino. Após avaliarem 159 bebês nascidos e suas respectivas mães na cidade de Lima – Peru, eles puderam concluir que a presença de doença periodontal, independentemente de sua severidade, aumentava o risco do bebê apresentar retardo do crescimento intra-uterino.

A gengivite representa uma resposta inflamatória à presença de placa bacteriana, que pode ser modificada pela elevação das taxas dos hormônios femininos, irritantes locais e certas bactérias orais, como o *P. intermédia* (que metaboliza o estradiol), sendo denominada gengivite gravídica. Porém, ela se desenvolverá apenas se não houver controle de placa adequado (LÖE, 1965).

Ocasionalmente, fatores locais de irritação como placa bacteriana ao longo da margem gengival com higiene oral pobre pode levar para o desenvolvimento do tumor gravídico, uma lesão benigna da gengiva. Esta forma de granuloma piogênico comumente surge na gengiva entre os dentes anteriores da maxila. Embora este tumor tenha sido conhecido por regredir espontaneamente dentro de meses após o fim da gravidez, a lesão pode exigir excisão cirúrgica

se interferir na mastigação ou ulcerar (REGEZI; SCIUBBA, 1993). Em mais de 5% das gestantes pode ocorrer, durante o segundo trimestre de gestação, como uma lesão de forma nodular, séssil ou pediculado, que não ultrapassa 2 cm de tamanho, de coloração vermelho vivo, indolor, sangrante ao toque (TARSITANO; ROLLINGS, 1993).

O estudo de Offenbacher *et al.* (1998) demonstra que pacientes grávidas com doença periodontal tem risco significativo de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Doença periodontal são geralmente infecções de bactérias gram negativas anaeróbicas, como *Porphyromonas intermédia*, *P. gingivalis* ou *Bacteroides*. Em estudos em animais, *P. gingivalis* tem sido associada com gravidez anormal resultado de uma redução do peso fetal e parto prematuro.

Collins *et al.* (1994) relatam que citocinas maternas produzidas em resposta para a infecção bacteriana, como PGE 2 (prostaglandinas), que podem causar dano ao desenvolvimento do feto.

CÁRIE x GESTAÇÃO

Além das doenças periodontais, a doença cárie também pode exibir uma incidência aumentada. A tríade cárie inclui um hospedeiro, uma população bacteriana e um substrato. O aumento no substrato, particularmente açúcares e carboidratos sobre extenso tempo, aumenta o risco de cáries. Além disso, a gestante faz refeições curtas com intervalos menores, estando sempre com pH alterado. A paciente pode beneficiar-se com aconselhamento nutricional a respeito de escolher alimentos para modificar ou reduzir a dieta cariogênica (LIVINGSTON; DELLINGER; HOLDER, 1998).

De acordo com Gaffield *et al.* (2001), uma pequena proporção de gestante vai ao cirurgião-dentista durante a gravidez e isso porque a maioria tem dúvidas sobre a rotina de visitas nesse período. Serrano (1969) observou, no início de um programa de atendimento a gestante, dois aspectos negativos muito marcantes: indiferença das mulheres grávidas, a não ser na presença de dor, e desconhecimento dos direitos aos aspectos preventivos e de reparação dos problemas bucais existentes. Após a realização do programa de atendimento, os autores concluíram que é perfeitamente viável um programa integral de atenção odontológica a gestante, tendo sido bastante positiva a resposta das pacientes ao término do tratamento.

Tsamtsouris *et al.* (1986) afirmam que, se os pais não participam de sessões de aprendizado, a probabilidade de mudanças de hábitos das crianças é remota e, por esta razão, a educação durante o pré-natal torna-se a chave para o desenvolvimento de cuidados com a saúde bucal da criança. Existem evidências de associação entre incidência de cárie e placa na primeira infância e cárie na dentição materna (ZANATA *et al.*, 2003). A gravidez seria o período ideal para esclarecimento sobre saúde bucal da mãe e do bebê, no entanto a maioria das gestantes não recebe nenhuma instrução sobre saúde bucal (ARAÚJO *et al.*, 2005).

CONCLUSÕES

A gestação é um período de muitas dúvidas, ansiedade, inquietação e angústias. É um período que requer mudanças na vida da mulher no contexto biopsicossocial. Assim sendo, o cirurgião-dentista deverá observar e respeitar os processos fisiológicos das mudanças físicas e emocionais que acompanham a gestação.

As consultas odontológicas devem ser agradáveis, acolhedoras e tranquilas. A qualidade do pré-natal é garantida na medida em que as consultas individuais são complementadas com ações educativas, individualmente e em grupo, de modo que haja auxílio às mulheres quanto aos conhecimentos sobre o seu corpo, com esclarecimento e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar e parto.

Assim torna-se necessário incentivar a procura por cuidados dentários profissionais para suceder a gravidez com, no mínimo, uma consulta no trimestre durante a gestação, prevenindo-se complicações futuras e agravos à saúde. É necessário, também, um reforço na multidisciplinaridade do atendimento, de modo a atuar na saúde global da mulher.

REFERÊNCIAS

ABBOT, P. Are dental radiographs safe? **Aust. Dent. J.**, v. 45, n. 3, p. 208-213, 2000.

AMADEI, S. U. *et al.* Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. **Rev. Gauch. Odontol.**, v. 59, p. 31-37, 2011.

ARAÚJO, I. M. *et al.* Visão das gestantes sobre Odontologia infantil. **Rev. Bras Ciênc Saúde**, v. 9, n. 1, p. 9-16, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (documento para discussão). Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF, 2009.

CANEPELE, T. M. F. *et al.* Conhecimento do cirurgião dentista sobre o atendimento a pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. **Rev. Odontologia**, 2011.

CARDOSO, L. M. **Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa saúde da família**. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, MG, 2010.

CENGIZ, S. B. The pregnancy patient: consideration for dental management and drug use. **Quintessence Int.**, v.38, n.3, p. 133-142, 2007.

CHAI, W. L.; NGEOW, W. C. Dental care for pregnant patients: a reappraisal. **Ann. Dent. Univ. Malaya**, v. 5, p. 24-28, 1998.

COLLINS, J. G. *et al.* Effects of a Porphyromonas gingivalis infection on inflammatory mediator response and pregnancy outcome in hamsters. **Infect. Immun.**, v. 62, p.4356-4361, 1994.

CURY, J. A. Uso do flúor e o controle da cárie como Doença. In: BARATIERI, L. N. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos & Quintessence, 2001. p. 33-68.

DA CRUZ, G. A. *et al.* Radioproteção em gestantes. **Rev. da ABRO**, v. 3, n. 2, p. 59-61, 2002.

DA SILVA, S. R. C.; ROSELL, F. L.; VALSECKI JÚNIOR, A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 4, p. 405-410, 2006.

DELLINGER, T. N.; LIVINGSTON, H. M. Pregnancy: Physiologic Changes and Considerations for Dental Patients. **Dent. Clin. North Am.**, v. 50, n. 4, p. 677-697, 2006.

DENTAL RADIOGRAPHS: a diagnostic tool. **J. Am Dent. Assoc.**, 2006.

FREITAS, A.; ROSA, J. E. **Radiologia odontológica**. 5. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

KRIEGER, L. **ABOPREV – Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a odontologia**. São Paulo: Santos, 1998.

GAFFIELD, M. L. *et al.* Oral Health During Pregnancy. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 132, p.1009-16, 2001.

GIGLIO, J. A. *et al.* Oral health care for the pregnant patient. **JADC**, v. 75, n. 1, p. 43-48, 2009.

LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. Considerations in management of the pregnant patient. **Spec. Care Dentist**, v.18, n.5, p.183-188, 1998.

LÖE, H. Periodontal changes in pregnancy. **J. Periodontal**, v.36, p. 209-217, 1965.

MAMELUQUE, S. *et al.* Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. **Unimontes Científica**, v. 7, n. 1, p. 67-75, 2005.

OFFENBACHER, S. *et al.* A potential pathogenic mechanism of periodontitis associated pregnancy complications. **Ann. Periodontal**, v.3, n.1 p.233-250, 1998.

OLIVEIRA, J. F. M.; GONÇALVES, P. E. Verdades e mitos sobre o atendimento odontológico da paciente gestante. **Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.**, v. 50, n. 3, p. 165-171, 2009.

POLETTO, V. C. *et al.* Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão de literatura. **Stomatos**, v. 14, n. 26, p. 64-75, 2008.

REGAZI, J. A.; SCIUBBA, J. **Periodontal disease: oral clinical pathologic correlations.** Philadelphia, 1993.

RUIZ, J. J.; SILVA, F. S.; CASALINO, D. P. Enfermedad periodontal como factor de riesgo de retardo Del crecimiento intrauterino. **Revista Estomatológica Herediana**, v. 14, n. 1/2, p. 27-34, jan./dez. 2004.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, v. 18, p. 46-52, 1999.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebê**, v. 1, n.4, p.43-50, 1998.

SLLK, H. S. *et al.* Oral health during pregnancy. **Am. Fam. Physician**, v. 11, n. 8, p. 1139-1144, 2008.

SILVA, F. W. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. L. Atendimento odontológico a gestante - parte 2: a consulta. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 5-9, 2006.

SLAVUTZKY, S. M. B.; ROSITO, D. B.; SILVEIRA, A. M. S. **Protocolo de atendimento odontológico a gestantes.** Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da UFRGS, 2003.

SONIS, S. T. *et al.* **Princípios e Prática de Medicina Oral.** 2.ed . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

SPOSTO, M. R. *et al.* Atendimento odontológico da paciente gestante: complicações e cuidados a serem adotados. **Odonto 2000**, v. 1, n. 1, p.20-23, 1997.

SURESH, L.; RADFAR, L. Medical management update. Pregnancy and lactation. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 97, n. 6, p. 672-681, 2004.

VIEIRA, G. F.; ZOCRATTO, K. B. F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. **RFO**, v.12, n. 2, p. 27 – 31, 2007.

TARSITANO, B. F.; ROLLINGS, R. E. The pregnant dental patient evaluation and management. **Gen. Dent.**, v.41, p.226-234, 1993.

TIRELLI, M. C. *et al.* Comportamento dos cirurgiões - dentista quanto ao uso de antibióticos em pacientes gestantes: riscos e benefícios. **Rev. Inst Ciênc Saúde**, v.19, n.1, p.27-34, 2001.

TIVERON, A. R. F.; BENFATTI, S. V.; BAUSELLS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestante do município de Adamantina – SP. **Revista Ibero – americana de odontopediatria e odontologia do bebê**, v.7, n.35, jan./fev. 2004.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. Uso de fármacos durante a gestação e a lactação. In: _____. **Farmacologia clínica para dentistas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

ZANATA, R. L. *et al.* Effects of Caries Preventive Measures Directed to Expectant Mothers on Caries Experience in their Children. **Braz. Dent. J.**, v.14, n.2, p.75-81, 2003.

3.16 Práticas integrativas complementares na atenção primária em saúde: relato de experiência

Márcia Viana Bessa Nogueira, Ana Flávia de Araújo Lima, Luciana Rodrigues Cordeiro, Luiz Santiago Júnior, Ana Cláudia Santos Costa, Rebeca Vieira e Silva, Daniel Fernandes Silva Galdino, César Portugal Prado Martins, Ângela Maria Alves e Souza, Samuel Meneses Felício de Araújo Costa, Andréa de Oliveira Albuquerque Ferreira Gomes

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que tem como objetivo descrever a prática dos monitores acadêmicos de Medicina do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Federal do Ceará (PET-Saúde-UFC) em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil, no período de outubro a abril de 2013. Os monitores tiveram a oportunidade de conhecer a terapia do *Reiki*, durante um período de seis meses, acompanhar semanalmente o atendimento de pacientes da Unidade Básica com a utilização desta prática integrativa complementar de baixo ou nenhum custo financeiro. Os acadêmicos destacaram como aspectos relevantes da experiência vivenciada, a humanização da relação médico-paciente e a visão holística dos indivíduos atendidos. O PET-Saúde-UFC com o uso das Práticas Integrativas Complementares (PICs) possibilitou aos envolvidos o conhecimento e a formação profissional nesse campo de atuação, bem como o fortalecimento e a implantação dessas práticas no SUS (Sistema Único de Saúde).

PALAVRAS CHAVE: Terapias Complementares. Toque Terapêutico. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde voltadas para o âmbito individual e coletivo, que abrange: a) promoção e proteção da saúde, b) prevenção de agravos, c) diagnóstico, d) tratamento, e) reabilitação, f) redução de danos e g) manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do

cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

A partir desses princípios, a portaria N° 971, de 3 de maio de 2006, aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares (PICs) (BRASIL, 2006).

Além disso, propõe o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema. De acordo com esta portaria, a atenção básica deve ser um dos meios de acesso da população às práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina o campo das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) (OMS, 2002). Entende-se por medicina alternativa, racionalidades e práticas centradas na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista (QUEIROZ, 2006).

Tesser (2009) enfatiza que as práticas integrativas complementares podem ser recursos úteis na promoção da saúde individual e grupal, colaborando para suprir uma falha estratégica na promoção da saúde no SUS (Sistema Único de Saúde), uma vez que a tradição dominante na ação educativa nos serviços de saúde é centrada na prevenção de doenças e controle de fatores de risco, sendo comum o amedrontamento da população e a pouca efetividade (TESSER, 2009).

Schweitzer, Esper e Silva (2012) identificaram, através de uma revisão sistemática de literatura, as experiências de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde. Os autores identificaram nos estudos e relatos de experiência selecionados os valores e “os modos de fazer” propostos na Política Nacional de Humanização, como: acolhimento e autonomia, clínica ampliada, igualdade, integralidade, protagonismo, universalidade e vínculo.

Dentre as práticas complementares, destaca-se o *Reiki*, terapia energética reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, que transcende o paradigma biológico e incorpora a dimensão holística, atuando no campo vibracional (HIRT, 2010).

Segundo Honervogt (1998), o *Reiki* é uma técnica simples e natural pela qual uma pessoa transfere a Energia Vital Universal para outra, por meio das mãos, potencializando a força vital e equilibrando as energias do corpo. Além disso, contribui para o equilíbrio das necessidades

física, mental, emocional e espiritual, levando a uma relação harmoniosa entre o homem, seu meio, além de autoconhecimento (SALOME, 2009). Dentre os benefícios da terapia do *Reiki*, observa-se melhora da ansiedade, da depressão e do estresse.

O PET- Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde) tem como objetivo principal incentivar processos formativos voltados para a qualificação da Atenção Básica em Saúde, envolvendo estudantes do curso de graduação na área da saúde e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade. A partir disso, é fundamental que o aluno da graduação seja incentivado a conhecer, valorizar e aperfeiçoar a atividade dentro do SUS (Sistema Único de Saúde), realizando o aprendizado baseado na prática, possibilitando a capacidade de reconhecer as suas necessidades de aprender, observar a realidade do serviço e as dificuldades em desenvolver o trabalho proposto.

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, famílias e/ou comunidades. Observa-se na prática da ESF (Estratégia Saúde da Família) um número crescente de pessoas com queixas, como: ansiedade, depressão, estresse e irritabilidade.

Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população precisa de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008). O relatório da Organização Mundial da Saúde (2001) aponta que estes transtornos serão a segunda causa de adoecimento da população no ano de 2020(OMS, 2001).

Diante dessa realidade, o projeto do PET-Saúde com ênfase nas Práticas Integrativas Complementares (PICs) introduz aos monitores e preceptores diferentes terapias que podem ser utilizadas no campo da promoção, prevenção e terapêutica, atendendo as necessidades dos usuários e melhorando a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Além disso, a colaboração do monitor do PET- Saúde em atividades relacionadas às PICs é importante para a mudança do paradigma do atendimento, baseada na abordagem holística dos indivíduos, e para o fortalecimento das práticas.

METODOLOGIA

Este relato de experiência foi vivenciado por monitores acadêmicos de Medicina do Programa PET-Saúde-UFC. A prática aconteceu em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Fortaleza durante turnos semanais, com a prática de terapia do *Reiki*. No período de outubro a abril de 2013.

Os pacientes atendidos foram encaminhados por profissionais da própria UBS e por outros centros de referência, como CEO (Centro de Especialidade Odontológica) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Os profissionais de saúde que receberam a formação de terapia do *Reiki* e realizam atendimento nesta prática são: uma agente comunitária de saúde (ACS), uma farmacêutica, duas dentistas e um médico da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os monitores e preceptores fazem parte de um grupo tutorial do PET-Saúde na linha das Práticas Integrativas Complementares e estiveram sob a supervisão das dentistas e do médico que, além de reikianos, são preceptores do PET-Saúde e atuantes na UBSF. Os acadêmicos conheceram e vivenciaram a terapia, participaram do preenchimento da anamnese e da ficha de acompanhamento do *Reiki*, bem como observaram a rotina de atendimento dos pacientes por um período de seis meses. As demandas trazidas por cada paciente acompanhado foram discutidas pela equipe multidisciplinar, juntamente com os monitores.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Os monitores do PET-Saúde foram recebidos na UBASF pela equipe de preceptores do PET, composta de um médico e duas dentistas, e por uma agente comunitária de saúde. Dentre as atividades propostas para os alunos, estava a participação no atendimento de pacientes com indicações para a terapia do *Reiki*. Em um primeiro momento, os profissionais apresentaram para os alunos a portaria que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, bem como a portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011).

Os acadêmicos também foram esclarecidos sobre algumas práticas integrativas complementares, dentre elas a terapia do *Reiki*, suas indicações e seus benefícios. Os monitores

relataram não conhecer a prática do *Reiki*, além de apresentarem pouco conhecimento sobre as Práticas Integrativas Complementares.

Em um segundo momento, os alunos vivenciaram, de modo voluntário, a terapia do *Reiki* e conheceram a ficha de anamnese e de acompanhamento.

Nos demais encontros, os monitores acompanharam a rotina de atendimento dos pacientes encaminhados para a terapia do *Reiki*. Um turno por semana (quartas-feiras à tarde), os pacientes são atendidos em sala climatizada na Unidade Básica de Saúde.

Os monitores participaram do preenchimento da ficha de acompanhamento do *Reiki* de cada paciente, que além dos dados gerais do paciente, apresentava um questionário de anamnese com perguntas como: qual motivo levou você a procurar atendimento com o *Reiki*?, Faz uso de alguma medicação? Você apresenta depressão, insônia, irritabilidade, ansiedade? Já fez tratamento com outras terapias complementares? Também foi colhida a história familiar de cada paciente e preenchido instrumento de abordagem familiar (Apgar familiar). Após a aplicação do *Reiki*, foram anotados os sentimentos relatados e vivenciados pelos pacientes.

Os monitores relataram ter desenvolvido algumas habilidades com a atividade vivenciada, como: escuta qualificada, acolhimento, comunicação/diálogo e aconselhamento. Também destacaram que a abordagem holística dos pacientes atendidos foi importante para a formação profissional e para a humanização da relação médico-paciente.

Dentre os benefícios da terapia para os indivíduos acompanhados, os monitores observaram melhora do humor, da ansiedade, do estresse e alívio de dores agudas e crônicas. Os alunos também destacaram os sentimentos relatados pelos pacientes, como: sensação de paz, tranquilidade e relaxamento.

CONCLUSÕES

A experiência vivenciada pelos preceptores e monitores do PET-Saúde possibilitou aos envolvidos a oportunidade de formação e conhecimento das Práticas Integrativas Complementares (PICs). Além disso, proporcionou a formação de médicos mais qualificados para atuar no SUS (Sistema Único de Saúde) e no campo das PICs.

O PET-Saúde-UFC com ênfase nas PICs demonstra que é necessária a implantação, divulgação e implementação dessas práticas no SUS (Sistema Único de Saúde).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Nova Política Nacional da Atenção Básica nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 maio 2006. v. 84, p. 20-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. PET-Saúde. Disponível em:<>. Acesso em: 28 abr. 2013.

HIRT, A. C. **O reiki como uma forma de cuidado transdimensional dentro da enfermagem**. 2010. Monografia (Graduação) – Sociedade Educacional Três de Maio, Três de Maio, RS, 2010.

HONERVOGT, T. **Reiki: Cura e Harmonia através das mãos**. São Paulo: Pensamento, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Traditional Medicine Strategy: 2002-2005**. Geneva, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_edm_trm_2002.1.pdf>. Acesso em: 25 maio 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva, 2001. Disponível em:<http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2013.

QUEIROZ, M.S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento “vitalista” na área de saúde: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, M. C. (Org.) **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SALOMÉ, G. M. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensiva após aplicação do Reiki. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n.8, p.54-58, 2009.

SCHVEITZER, M.C.; ESPER, M.V.; SILVA, M.J.P. Práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, v.36, n.3, p.442-451, 2012.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.8, p.1732-1742, 2009.

3.17 O Projeto PET saúde na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno, em Fortaleza-CE

Elizabete Araújo Melo, Leila Mara Passos Teixeira, Lenilce Lima Catunda, Mônica Campo Chaves

RESUMO

O projeto PET Saúde na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno foi o tema escolhido para ser nosso objeto de trabalho de finalização do Curso de Atualização em Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Fortaleza, porque essa UAPS participa do Projeto Cartografia do Cuidado Domiciliar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Este trabalho trata-se de relato de experiência proveniente das vivências das dentistas da ESF que estão preceptoras do projeto. O método utilizado para a realização desse trabalho foi a observação participante, de natureza descritiva, seguida de registro em diário de campo. O desenvolvimento do projeto teve início em outubro de 2012 e terminou em setembro de 2014; foram disponibilizados dois turnos das atividades de cada preceptora para acompanhar os alunos monitores. O projeto Cartografia do Cuidado Domiciliar é desenvolvido em 3 UAPS da SER IV e em um hospital, possui um tutor da UECE, 6 preceptores e 12 alunos dos diversos cursos da área da saúde dessa universidade. A participação no projeto é um estímulo profissional à educação permanente, já que as trocas de saberes e experiências, com os alunos estimulam o aprendizado. Concluímos que o PET-Saúde favorece a ampliação da nossa prática profissional, no que se refere à atenção em saúde bucal e mesmo a assistência no sentido de promoção de uma clínica ampliada, além de promover uma maior interação com os demais membros da equipe e mesmo com os demais profissionais da UAPS Dr. Roberto Bruno.

PALAVRAS CHAVE: PET Saúde. Educação Permanente. Cuidado domiciliar.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08 é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, para viabilizar a iniciação ao trabalho, estágios e vivências aos estudantes da área da saúde (BRASIL, 2008).

A finalidade do PET Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) é promover a reorientação da formação profissional dos Cursos de Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia e Serviço Social tomando como eixo a abordagem integral do processo saúde doença, nos três níveis de atenção.

Segundo o regimento interno do Pró-Saúde e PET-Saúde da UECE, seus pressupostos são a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimento, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas para o serviço público de saúde caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da área da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação estratégicas da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de Ensino Superior (IES).

Ainda de acordo com o regimento interno PET Saúde da UECE, o PRO-PET-Saúde 2012/2014 contempla as Redes de Atenção à Saúde, que são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido apontado como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar os melhores resultados em saúde tornando-se uma exigência para o estabelecimento das Redes de Atenção em Saúde.

A escolha desta temática para ser nosso objeto de trabalho de finalização do Curso de Atualização em Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Fortaleza ocorreu por entendermos o projeto do PET como um estímulo profissional à educação permanente, já que a troca com os alunos estimulam o aprendizado, assim como, devido às dificuldades que tivemos no desenvolvimento das nossas atividades profissionais.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência (BASTOS; GUIMARAES, 2003); realizado no período de

no período de outubro de 2012 a setembro de 2014 na UAPS Roberto Bruno. O estudo permitiu a ampliação da compreensão do território de atuação, pelas equipes da estratégia de saúde da família desta unidade de saúde, a partir das ações interdisciplinares desenvolvidas no Pet Saúde.

A UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno está localizada na Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), possui três equipes completas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com saúde bucal, responsáveis pela população residente nos bairros de Fátima e Parreão. Possui também uma dentista com carga horária semanal de 20 horas, que é responsável pelo atendimento dos usuários residentes na área descoberta pela ESF.

Na UAPS Dr. Roberto Bruno temos duas dentistas da ESF que estão preceptoras do projeto Cartografia do Cuidado Domiciliar, no período de outubro de 2012 a setembro de 2014, disponibilizando dois turnos de suas atividades para acompanhar os alunos monitores do projeto.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O projeto *Cartografia do Cuidado Domiciliar* foi elaborado pelo Professor, Tutor, Dr. Erasmo Ruiz, para ser desenvolvido conjuntamente com os 6 preceptores e 12 alunos monitores que participam do PET Saúde da UECE; é uma pesquisa de natureza qualitativa com caráter exploratório e descritivo, que tem como objetivo geral descrever as formas como se configuram os cuidados domiciliares em partes do território da Secretaria Executiva Regional IV e V da Prefeitura Municipal de Fortaleza (RUIZ, 2012).

Os objetivos específicos do projeto são: descrever e analisar ações e percepções de trabalhadores de saúde sobre as formas como são prestados cuidados domiciliares em pacientes considerados em vulnerabilidade extrema; descrever e analisar ações e percepções de familiares sobre as formas como são prestados cuidados domiciliares em pacientes considerados em vulnerabilidade extrema; oferecer subsídios para políticas sociais, políticas públicas de saúde e de educação na saúde para enfrentamento de problemáticas relacionadas ao lidar com cuidados domiciliares na atenção primária (RUIZ, 2012).

A primeira etapa da condução da pesquisa foi conhecer melhor os serviços de saúde, o território, aprofundando teoricamente o conceito de “cuidado domiciliar” e a coleta de informações prévias que permitiram a construção de protocolos de observação e roteiros de entrevista para a realização de pesquisa piloto.

Na segunda etapa coletaremos os dados principais da pesquisa de identificação de domicílios a partir das informações das equipes de saúde da família para construir um banco de casos traçadores, serão feitas observações sistemáticas dos processos de trabalho em saúde no domicílio; por fim faremos a análise sistemática dos dados.

Cada preceptora acompanha uma dupla de alunos (monitores) para o desenvolvimento de atividades teóricas e práticas. No início os monitores foram convidados a conhecer a unidade de saúde, como funciona o processo de trabalho dos profissionais; concomitantemente estudávamos o conteúdo teórico e fazíamos seminários de discussão com a temática relacionada ao projeto, os cuidados domiciliares e a inter-relação com o processo de trabalho na atenção básica, em específico visita domiciliar.

Os seminários teóricos foram estimulantes, pois nos proporcionaram a aprendizagem e o aprofundamento de novos conceitos sobre cuidados domiciliares e sobre a política de humanização, assim como a troca com os alunos dos vários cursos de graduação da área da saúde da UECE (Biologia, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária, Psicologia e Serviço Social) foi diversificada, na medida em que cada um trouxe o olhar de seu núcleo profissional para a discussão dos temas.

As visitas domiciliares foram realizadas nas áreas específicas de cada preceptora, com o objetivo de captar o que seria uma visita domiciliar realizada pela equipe de saúde da família, como ela acontece, quais suas potencialidades e seus limites no desenvolvimento dos cuidados paliativos na atenção básica. Ao mesmo tempo fizemos um mapeamento da área da UAPS Dr. Roberto Bruno em termos de caracterização territorial. As visitas eram feitas junto com os outros membros da equipe médico e enfermeiro, no caso específico desta unidade de saúde elas não acontecem no mesmo horário.

CONCLUSÃO

As modificações no processo de trabalho das equipes de saúde da família de Fortaleza, que incluem adequação da carga horária e a reforma da estrutura das unidades de saúde, têm sido pontos limitantes no desenvolvimento das atividades do projeto, pois o arranjo de horários entre monitores, alunos e outros profissionais são diferentes, além da falta de um espaço físico para realização dos seminários e reuniões.

Mesmo com todos estes limites percebemos que as visitas têm proporcionado uma ampliação na nossa visão sobre o território em que atuamos, no que diz respeito a uma maior

interação profissional entre o cirurgião dentista e os demais membros da equipe, ou seja, um aprofundamento do diálogo entre o núcleo de saúde bucal e o cuidado da enfermagem e da clínica médica. Além de poder compreender melhor quem é este nosso paciente coletivo e como se pode desenvolver o cuidado domiciliar.

Vale ressaltar que é através do projeto que estamos compreendendo melhor o território da UAPS Dr. Roberto Bruno, que é marcado por bolsões de desigualdade social dentro de uma área nobre de Fortaleza, em que existe uma grande densidade populacional e uma violência urbana marcada por zonas de tráfico. Outra característica importante, é que existem áreas com um grande número de pessoas idosas e outra com maior quantidade de adolescentes, inclusive grávidas, ou seja, é um território com suas singularidades dentro de um mesmo território, e todo ele entrecortado por grandes avenidas que muitas vezes dificultam o acesso a unidade de saúde.

Finalizando entendemos que projetos como o PET-Saúde estimulam a ampliação da nossa prática profissional, no que se refere à atenção em saúde bucal e mesmo a assistência no sentido de promoção de uma clínica ampliada, além de promover uma maior interação com os demais membros da equipe e mesmo com os demais profissionais da UAPS Dr. Roberto Bruno.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M.; GUIMARAES, E. Educação à distância na área da enfermagem: relato de uma experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p.685-691, set./out. 2003.

BRASIL. Portaria interministerial nº. 1.802/08. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2008.

RUIZ, E. **Cartografia do cuidado domiciliar**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012.

UECE. **Regimento Interno do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) da Universidade Estadual do Ceará (UECE)**. Fortaleza, 2012.

3.18 Oficina de saúde bucal: a potencialidade dos agentes comunitários de saúde

Manuela Gomes Cavalcante Nunes

RESUMO

Este estudo relata a experiência de uma oficina com agentes comunitários de saúde (ACS) realizada em uma unidade de atenção primária em saúde do município de Fortaleza. Através da metodologia participativa e utilizando linguagem acessível foram trabalhados temas variados sobre saúde bucal e discussão sobre as ações em saúde bucal que os ACS poderiam inserir em sua rotina diária. Percebeu-se no cotidiano do serviço maior participação dos ACS em ações de saúde bucal após a realização do trabalho. Através dos relatos dos ACS notou-se interesse em aprofundar o conteúdo relativo à saúde bucal, um campo científico até então desconhecido e estreitou-se o vínculo construído através da oficina melhorando a comunicação entre Equipe de Saúde Bucal (ESB) e ACS. O ACS é ferramenta importante na transmissão de informação à população, podendo assim se tornar agente transformador da saúde. Para tanto, é necessário qualificá-lo, para que este profissional possa participar com a ESB na construção de uma Saúde Bucal Integral.

PALAVRAS CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde Bucal. Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Ao que se refere às reflexões acerca da inserção da saúde bucal no PSF (2001), considera-se o PSF como sendo mais do que um espaço social, mas onde as mudanças e a reorganização do processo de trabalho em saúde podem acontecer. Um espaço onde as práticas de saúde recebem uma nova dinâmica, de modo a romper a organização disciplinar tradicional, fragmentada de maneira a formar vínculos, propondo alianças com outros setores, permitindo dessa forma maior diversidade das ações, além de potencializar as formas de produzir saúde, fortalecendo a relação sistema-usuário. (BRASIL, 2000).

Os Agentes comunitários de saúde (ACS) foram inseridos nas Equipes de Saúde da Família a partir de uma concepção histórica, cuja idéia central era de que funcionariam como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde (SANTOS, 2008).

O relatório final da 3ª conferência nacional de saúde bucal (2005) citava a importância de capacitar os sujeitos-chave que seriam agentes comunitários de saúde, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal, presidentes de comunidades, profissionais de outras áreas da saúde, além dos profissionais da rede, para desenvolverem ações educativas e preventivas relacionadas à Saúde Bucal. Tal relatório reforçava também que seria interessante capacitar os agentes comunitários de saúde para fazerem orientações sobre higiene bucal (SENA, 2013).

No trabalho diário dos ACS, são lhes exigidos ora conhecimentos com embasamento na medicina “oficial”, ora, saberes e experiências próprias, e assim entrecruzando-se os vários saberes vão tecendo na sua rotina um conjunto de conhecimentos, e nesse saber, o pensar e o fazer vão misturando dois universos culturais: o de saberes populares e o de saberes médico científicos e, ao dominarem esses conhecimentos, vão se adentrando os lares, chegando-se às pessoas, repartindo conhecimentos, levando o saber simplificado, motivando as pessoas a refletirem sobre comportamentos inadequados, influenciando inclusive na mudança de atitudes. (KOYASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008).

Tendo em vista a grande relevância que a saúde bucal possui na saúde do indivíduo, e ainda tendo conhecimento que o presente tema não foi contemplado no curso de formação dos ACS, surgiu a necessidade de interação entre a Equipe de Saúde Bucal da estratégia de saúde da família e os ACS.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Professor Maurício Mattos Dourado no Município de Fortaleza, estado Ceará que se encontra sob jurisdição na Secretaria Regional (SR) VI.

A UAPS está instalada em bairro nobre, porém é responsável pelo atendimento de um dos maiores aglomerados da cidade, a comunidade do DENDÊ, localizada na zona leste de Fortaleza e composta por cerca de 24.000 famílias de classe social desfavorável, baixa renda, com grande suscetibilidade de risco à saúde física e mental. Conta com 4 (quatro) equipes de saúde da família (ESF) compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde e 1 (uma) equipe de agentes comunitários de saúde (EACS) formada por enfermeiro, auxiliares de enfermagem e

agentes comunitários de saúde. Durante o período de realização da oficina a UAPS estava com uma grande carência de ACS e com muita área descoberta de seu trabalho.

A partir de um encontro com todos os treze ACS da UAPS para estreitar o elo de ligação entre o serviço e os usuários, marcamos o momento da oficina para troca de saberes.

A oficina de saúde bucal foi realizada com nove agentes comunitários de saúde, numa sala da unidade através da metodologia participativa (problematização e construção) centrada na seguinte questão: “O QUE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PRECISAM SABER SOBRE SAÚDE BUCAL?” e com o auxílio de ‘data show’ para reprodução de slides didáticos com imagens e referencial teórico abordou-se os seguintes tópicos: Cárie dentária, doenças da gengiva e como preveni-las; gestantes, diabéticos, hipertensos e saúde bucal; instrução de higiene bucal; hora de trocar a escova de dente; quantidade de creme dental a ser utilizada e fluorose dentária; traumatismo dentário e primeiros socorros; edentulismo e higiene das próteses dentárias; câncer bucal e auto-exame da boca; todos dentro da problematização da realidade da comunidade tentando entender como o processo-saúde doença acontece de forma individualizada.

Os temas abordados nesse momento de educação em saúde são de suma importância para o conhecimento desses profissionais considerados sujeitos-chave da área de adscrição possibilitando a construção coletiva que permite a ampliação da clínica e a definição do conceito de cuidar a partir da autonomia, do empoderamento e da responsabilização.

Ao final da oficina houve uma discussão sobre os assuntos, sobre o serviço de assistência da unidade, sobre a saúde bucal da comunidade e finalizou-se com a confecção de planos de ações em saúde bucal que poderiam ser executadas pelos ACS em suas rotinas diárias.

RESULTADOS

Percebeu-se no cotidiano do serviço maior participação dos ACS em ações de saúde bucal.

Através dos relatos dos ACS no final da oficina notou-se interesse em aprofundar o conteúdo relativo à saúde bucal, um campo científico até então desconhecido;

Estreitou-se o vínculo construído através da oficina melhorando a comunicação entre ESB e ACS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS é ferramenta importante na transmissão de informação à população, podendo assim se tornar agente transformador da saúde. Para tanto, é necessário qualificá-lo, para que este profissional possa participar com a ESB na construção de uma Saúde Bucal Integral.

Sugere-se que a experiência possa ser disseminada e acredita ser possível que uma pequena mudança feita com qualidade e dirigida a um objetivo em comum seja capaz de operar grandes mudanças.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipes de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2000. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).

KOYASHIKI, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n.4, p.1343-1354, 2008.

SANTOS, C. R. I. **A ação dos ACS nos cuidados de saúde bucal da família**: a boca e a saúde na comunidade: Seminário de Atualização de ACS. Rio Branco: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, 2008.

SENA, C. V. **Conhecimento em saúde bucal dos agentes comunitários de saúde da unidade floresta de atenção primária à saúde**. Monografia (Especialista) - Associação Brasileira de Odontologia, 2013.

3.19 Promoção da saúde por meio de educação e aconselhamento da prática da atividade física, para a prevenção e recuperação de agravos a saúde

Sandra Bezerra De Alcântara, Carlos Alberto Da Silva

RESUMO

Este relato de experiência tem como objetivo mostrar o trabalho educativo desenvolvido com um grupo de pessoas, principalmente idosas, da área de abrangência da UAPS José Paracampos. Este projeto conta com o apoio da Universidade Federal do Ceará através do Projeto Pró-Saúde/Pet-Saúde 2012-2014. Como se sabe a atividade física é um importante meio de prevenção e promoção da saúde dos idosos através de seus inúmeros benefícios. Visando isso, iniciou-se um grupo onde são estimuladas a prática de atividade física, através da caminhada e exercícios de alongamento, bem como atividades de promoção de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Atividade Física. Idoso. Promoção de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) criada em 1994, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são exemplos das modificações realizadas nas ações em saúde no Brasil depois da implantação do Sistema Único de Saúde SUS. Procurou-se abandonar o modelo de saúde centrado no hospital e no profissional médico.

A partir da implantação dos NASF iniciou-se a participação do Profissional de Educação Física no serviço público de saúde (FLORINDO, 2009). A atividade física surge no contexto da atenção primária como uma forte estratégia de promoção, prevenção e recuperação da saúde, isso porque o corpo ativo irá sucumbir mais dificilmente à doença. Para Kokubun *et al* (2007) as unidades básicas de saúde são locais privilegiados para a implantação de programas de atividade física, pois abrange a população que não possui acesso a outros programas de atividades físicas de qualidade ou que está suscetível a um estilo de vida inativo.

O profissional de Educação Física atua como mediador da prática de atividade física, tendo importante papel em relação à saúde na sua promoção, educação e prevenção, contribuindo assim para hábitos de vida mais saudáveis. Segundo Alcântara (2004), o educador físico deverá atuar de forma a promover na comunidade uma atitude direcionada à prática de

atividades físicas nas suas diferentes manifestações, objetivando construir coletivamente um estilo de vida saudável.

Nessa perspectiva, destaca-se que o desenvolvimento de programas que visem à prática regular da atividade física é um importante instrumento para a promoção da saúde, sendo, portanto, uma das mais importantes estratégias da saúde pública que visa à mudança no estilo de vida da população idosa, a qual se caracteriza por ser predominantemente sedentária. Isto pode ser confirmado tanto a partir dos benefícios que a atividade física proporciona, bem como a partir dos resultados obtidos com o desenvolvimento de programas de promoção da atividade física em vários países (GOMES; DUARTE, 2008).

Outra ação muito desempenhada e importante são as atividades de educação em saúde, que procuram proporcionar conhecimento e compartilhar saberes com a população acerca dos temas relevantes à atividade física e saúde. É fundamental que esse trabalho acompanhe as atividades práticas, pois há autores que afirmam que a falta de conhecimento pode desencadear a falta de interesse pela prática de atividade física (GUEDES, 1999; CESCHINI; FIGUEIRA JR., 2007).

Anjos e Duarte (2009) identificaram que a formação em Educação Física não contempla as tendências atuais em saúde. As autoras observaram ao analisarem os currículos e programas de disciplinas de quatro cursos de Educação Física da região sudeste, entre eles o da UNICAMP e da USP, que não há um direcionamento para a atuação em saúde, predominam as disciplinas de abordagem curativa e/ou curativa e que não ocorre direcionamento para atuação nessa área nas disciplinas de estágio.

Para Florindo (2009) são necessárias novas formações nos curso de graduação em Educação Física, cursos residências multiprofissionais e cursos de pós-graduação. Dessa forma, buscou-se atuar neste projeto contemplando as seguintes áreas: i) epidemiologia da Atividade Física Relacionada à Saúde, ii) ação profissional na área de Educação Física e Saúde Coletiva e iii) formação teórica contemplando todas as dimensões do processo saúde-doença-cuidado.

Além disso, o Ministério da Saúde tem financiado projetos de Atividades físicas no SUS em diversos municípios do país, bem como a incorporações de medidas relacionadas ao nível de atividade física em ações de vigilância à saúde como o Inquérito Nacional de Fatores de Risco, VIGITEL e PNAD; e específicas sobre atividade física como o Projeto GUIA (MALTA *et al.*, 2008).

O Ministério da Saúde, nos cadernos de atenção básica que tratam das diretrizes do NASF, afirma que é fundamental a participação de todos os profissionais de saúde da família, juntamente com o educador físico, na construção de grupos para o desenvolvimento de atividades coletivas contextualizadas num processo de formação crítica do sujeito, da família e da comunidade como um todo. Recomenda-se que as atividades sejam desenvolvidas a partir das necessidades coletivas, em detrimento da imposição de modelos que possam existir na profissão (BRASIL, 2009).

Desta forma, propõem-se um projeto, que a partir de informações coletadas em unidades básicas de saúde, irá desenvolver propostas de educação em saúde e aconselhamento e orientação para a prática de atividade física para a atenção básica em saúde do SUS.

JUSTIFICATIVA

Fortaleza está localizada no estado do Ceará e, com população de 2.600.126 habitantes. A economia baseia-se no setor terciário (comércio e serviços com o turismo). A cobertura da atenção básica atualmente é de 45% da população, permitindo a identificação e acompanhamento da situação de saúde de parte desta população.

Atualmente a morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório estão em primeiro lugar. Dentre estas doenças a de maior impacto é a cardiovascular, em conjunto com a cerebrovascular e a periférico vascular, como também seus fatores de risco (diabetes Mellitus, hipercolesterolemia, obesidade abdominal e total, hipertensão, dislipidemia, e outras). A atividade física é universalmente reconhecida como um componente importante na melhora da saúde e qualidade de vida dos indivíduos, atuando principalmente na prevenção primária e secundária. O Projeto PRÓ SAÚDE PET SAÚDE é uma estratégia de acesso à adoção de estilo de vida ativo, por meio da prática de atividade física, além da mudança de cultura, ou seja, com objetivo educacional.

OBJETIVOS DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA

GERAL

- Desenvolver estratégias de educação em saúde e, aconselhamento e orientação na promoção da prática de atividade física na rede de atenção básica.

ESPECÍFICOS

- Implantar um programa de atividade física prático, direcionado à atenção básica a saúde, com aconselhamento e orientação da atividade física para a saúde;
- Desenvolver estratégias de educação em saúde com temas gerais para a saúde e especificamente relacionados à atividade física, com base na divulgação de elementos teóricos e do aconselhamento e orientação para a prática da atividade física;
- Promover mudança de postura, estilo de vida, para a diminuição do sedentarismo;
- Propiciar atividades coletivas contextualizadas, como palestras, para a formação crítica do sujeito participante, bem como da sua família e da sua comunidade;
- Promover momentos de convivência social entre os participantes;
- Capacitar a equipe de saúde do PSF sobre a promoção de atividade física no contexto do SUS.

METODOLOGIA

Participantes Do Projeto

Poderão participar do Projeto todos os residentes na área de abrangência da UAPS José Paracampos SER V.

Critérios de Participação: Os mesmos deverão ter idade superior a 30 anos e estarão caracterizados como **Prevenção Primária** (DM, HA, Dislipidêmico, Obesidade Total ou Abdominal, Álcool, tabagismo, Depressão, outros), e/ou **Prevenção Secundária** (DCV, AVE, DAP, Depressão, outras).

Protocolo

Os participantes serão recrutados e orientados a participarem do Projeto durante sua visita a unidade de saúde quando do momento de consultas clínicas ou visitas pelos agentes comunitários de saúde. O Projeto será executado duas vezes na semana, em todas as semanas do mês. Uma sessão do Projeto será caracterizada com uma duração de 60'. Esta ocorrerá em dois dos dias da semana, no período matutino, com horário pré-determinado pela equipe de PSF. As semanas 1, 2, e 3 de todo mês do Projeto será executada uma atividade prática com orientação e aconselhamento da prática da atividade física e, na semana 4 do mês será a atividade prática assim como uma palestra educacional aos participantes.

Especificamente em uma sessão de atividade física prática do Projeto, à medida que os participantes vão chegando ao local da atividade física será aferida e registrada a pressão arterial e, o mesmo ocorrerá ao término da sessão de exercício físico, bem como, a frequência cardíaca que caberá sua medida em três momentos: frequência cardíaca de repouso (FC_{repouso}) no momento de iniciar o aquecimento, a frequência cardíaca de treino (FC_{treino}) após os primeiros 10' de treino cardiorespiratório e, a frequência cardíaca final (FC_{final}) ao término da sessão de treinamento cardiorespiratório. As sessões de exercício físico ocorrerão em local próximo a UAPS, em um campo de futebol aberto ao público.

A intensidade de exercício físico será a preconizada pelos Consensus para a saúde (ACSM, 2011) (55% a 85% da frequência cardíaca máxima - FC_{máx.}), e será monitorada em cada participante por um relógio de frequência cardíaca (Polar, Modelo M62, Helsinki, Finlândia) ou, pela palpação da frequência cardíaca (FC) pelo próprio participante na artéria carótida ou na artéria radial. Os alarmes dos relógios serão programados para os limites superiores ou máximos da correspondente intensidade, determinada para cada participante utilizando-se com base de frequência cardíaca máxima (FC_{máx.}) a fórmula de Karvonen: $220 - \text{idade}$, e depois de aplicada a percentagem de intensidade.

A parte de exercício cardiorespiratório será contínua, sem paradas ou interrupções. Ao entrar no programa cada participante passará por 2 semanas de fase de adaptação progressiva para então atingir o tempo de 30' de exercício cardiorespiratório.

Sessão De Atividade Física

Os participantes exercitarão 2 vezes na semana, 60' por sessão. Cada sessão de atividade física será dividida em quatro partes bem distintas:

- a) 5' de aquecimento, com exercícios de alongamentos dinâmicos ou balísticos e de circundunção de membros e tronco;
- b) 30' de exercícios cardiorespiratórios para desenvolver a capacidade aeróbia (caminhada e/ou corrida), sendo os 10 primeiros minutos progressivos até atingir se aproximar de um estado de desconforto (levemente ofegante) no máximo até o limite da zona de treino;
- c) 15' de treinamento de força, exercícios para desenvolver a força de resistência muscular (boa conduta para a melhora a capacidade funcional);
- d) 5' de resfriamento e/ou relaxamento, com exercícios de alongamentos estáticos, flexionamentos e relaxamento.

Oficina: Educação Em Saúde

Os momentos de educação para a saúde ocorrerão na quarta semana do mês por meio de Palestras com objetivo de melhora do conhecimento e aprendizado para estimular uma mudança de comportamento. Estas ocorrerão após a atividade prática. Serão temas gerais centrados na saúde geral dos participantes. Para tanto serão convidados profissionais da equipe de PSF assim como profissionais de outras Instituições que possam contribuir com o Projeto.

RESULTADOS

A atividade iniciou em julho de 2013 com apenas 07 pessoas e no decorrer desses meses o número de frequentadores foi aumentando, ficando em média de 20 pessoas por dia de atividade. Além da maior adesão das pessoas pode-se verificar que as mesmas estavam mais motivadas na adoção de hábitos saudáveis. Os níveis de pressão arterial dos hipertensos estavam com valores mais próximos do normal.

Outro resultado importante foi que a formação do grupo possibilitou a convivência social dos frequentadores. Outros encontros foram marcados pelo grupo como visita ao CUCA, sessões de cinema, oficinas de contação de história.

CONCLUSÃO

Percebe-se, por meio deste relato de experiência, que a prática de atividades físicas é de fundamental importância para a qualidade de vida do idoso. O capítulo V do Estatuto do Idoso se refere à educação, cultura, esporte e lazer, no qual, o artigo 20 diz que o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Há, portanto, o reconhecimento por parte de algumas políticas públicas da necessidade de se incrementar a prática de atividades físicas desta população. Entretanto, ainda são escassas as intervenções, serviços, espaços e equipes que promovam o reconhecimento que um estilo de vida ativo é fundamental na preservação da saúde e manutenção da capacidade funcional e independência do idoso.

É importante que o idoso incorpore, em seu modo de vida, hábitos saudáveis através de informações e conteúdos que sejam capazes de modificar e acrescentar atitudes favoráveis para a manutenção e prevenção de sua saúde em seu significado mais abrangente (física, mental, emocional, social e espiritual). Cabe, então, aos profissionais da saúde, educadores físicos, gestores públicos, engajarem-se de maneira efetiva e eficaz na mobilização de recursos, na construção e viabilização de projetos, que atinjam a meta de uma população idosa cada vez mais ativa e conseqüentemente, com maior qualidade de vida.

Pode-se inferir que a atividade física tem um importante papel na promoção da saúde e da qualidade de vida do ser humano, que reflete em um envelhecimento ativo e mais independente.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, F. C. **Estudo bibliográfico sobre o processo histórico de atuação do educador físico e da sua inserção na estratégia saúde da família do Município de Sobral-CE.** Monografia (Especialização) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004. Disponível em:<<http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

ALVES, F. S.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 4, p. 229-244, out./dez. 2010.

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, v.19, n.4, p. 1127-1144, 2009.

BENEDETTI, T. B. *et al.* Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em idosos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 13. n.1, jan./fev. 2007.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. Aplicação do questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v.12, n.1, p. 25-34, jan./mar. 2004.

CESCHINI, F. L.; FIGUEIRA, A. Jr. Barreiras e determinantes para a prática de atividade física em adolescentes. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v.15, n. 1, p. 29-36, 2007.

DUMITH, S.C.; GIGANTE, D.P.; DOMINGUES, M.R. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act**, v. 4, n.1, p. 25, 2007.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, supl., p. 207–209, 2005.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Rev. Bras. Atividade Física e Saúde**, v. 14, p. 72-73, 2009.

GUEDES, D. P. Educação para a saúde mediante programas de educação física escolar. **Motriz**, v. 5, n. 1, 1999.

KOKUBUN, E. *et al.* Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: Relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Rev. Bras. Atividade Física Saúde**, v. 12, n. 1, 2007.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, supl. 1, p. 159-167, 2008.

3.20 Ações de odontologia nas consultas de puericultura da estratégia de saúde da família

Dírlia Silva Cardoso, Brenda Reis Araújo

RESUMO

Puericultura é a ciência médica que se dedica ao estudo do acompanhamento do desenvolvimento infantil. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza-Ce, realiza-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, que é de fundamental importância para a promoção de saúde e a prevenção de agravos, identificando situações de risco, problemas nutricionais e alterações do desenvolvimento neuropsicomotor, buscando intervir precocemente nas intercorrências. A odontologia na ESF também busca intervir o mais breve possível para a prevenção da cárie dentária e doenças gengivais, detectando precocemente as doenças bucais, o que pode ser realizado nas consultas de puericultura. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de promoção em saúde bucal realizada por dentistas da Estratégia de Saúde da Família da UAPS Francisco Pereira de Almeida, SER III, nas consultas de Puericultura, em uma prática de ações compartilhadas e interdisciplinar com a Enfermagem. Conclui-se que, são notórios os resultados positivos do trabalho da Puericultura na promoção da saúde e prevenção de agravos em crianças de 0 a 2 anos. Cria-se um ambiente de educação em saúde, as mães se sentem mais preparadas para supervisionarem e enfrentarem as situações de risco à saúde de seus filhos e assim, construindo um vínculo que promove o cuidado.

PALAVRAS CHAVE: Puericultura. Promoção de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Puericultura consiste em um programa voltado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, que é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos identificando situações de riscos, problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, buscando intervir precocemente nas intercorrências (FORTALEZA, 2012).

A Odontologia na Estratégia de Saúde da Família busca intervir o mais breve possível na prevenção da cárie dentária e das doenças gengivais, o que pode ser desenvolvido nas consultas de Puericultura. Brandão *et al.*(2006) afirma que a cárie dentária, quando ocorre em crianças

menores de 3 anos, torna-se um importante alerta de risco, pois há maior probabilidade de que as crianças desenvolvam cárie na dentição decídua e também na dentição permanente.

As consequências da cárie precoce são observadas na saúde como um todo: as crianças, por exemplo, podem apresentar baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer. Porém, medidas simples (como o controle da ingestão de açúcar e a higiene bucal) podem preveni-la. A informação para as mães e os cuidadores acerca da importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal tende a resultar em uma redução da cárie dentária (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2001). O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação dos pais e responsáveis (KUHN, 2002).

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente aos 6 meses) e os 12 meses de idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003). Crianças que são levadas ao cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância (KRAMER *et al.*, 2008).

Na Unidade de Atenção Primária a Saúde Francisco Pereira de Almeida, SER III, Fortaleza, Ceará, os dentistas da Estratégia de Saúde da Família realizam, de forma interdisciplinar, ações de promoção a saúde bucal dos bebês de 0 a 2 anos, nas consultas de Puericultura. Como exemplo destas ações, podemos citar: orientações sobre alimentação e importância do aleitamento materno, treinamento com os pais para a realização da limpeza da cavidade bucal do bebê, exames clínicos, orientações sobre hábitos deletérios, dentre outras.

O programa de Puericultura da Unidade de Atenção Primária a Saúde Francisco Pereira de Almeida desenvolve um trabalho educativo direcionado aos pais e preventivo voltado às crianças. As ações realizadas pela equipe de saúde da família, enfermeira, cirurgião dentista e agentes comunitários de saúde, são basicamente educativas e preventivas, mas a atenção curativa também é oferecida quando necessária.

OBJETIVOS

Descrever a experiência de promoção em saúde bucal realizada por cirurgiões dentistas da Estratégia de Saúde da Família da UAPS Francisco Pereira de Almeida, SER III, nas consultas de Puericultura, em uma prática de ações compartilhadas e interdisciplinar com a Enfermagem. As ações de promoção em saúde desenvolvidas, com base no Protocolo Linhas de Cuidado na Atenção a Saúde da Criança, visam uma assistência qualificada a saúde da criança

de forma integral e responsável, com acolhimento, identificação de riscos e acompanhamento progressivo.

METODOLOGIA

O acompanhamento e monitoramento da saúde das crianças da área adscrita do posto Francisco Pereira de Almeida, Regional III, é realizado primordialmente pelos enfermeiros do PSF; posteriormente pelos médicos, conforme calendário proposto pelo protocolo de puericultura, e pelos cirurgiões dentistas, concomitantemente, quando possível.

A captação dessas crianças é feita desde as orientações do Pré-natal, na visita domiciliar programada no puerpério, busca ativa realizada pelos ACS, ou por ocasião da demanda espontânea (sala de vacina, bolsa família, consulta médica).

A consulta relatada ocorreu na equipe Pici 12, com a participação da enfermeira e da dentista da equipe. A mãe, V.A., trouxe a criança, A.V., de 11 meses. Solicitada a Caderneta de Saúde da Criança, anotou-se os dados do seu desenvolvimento pôndero-estatural, com peso de 10,0kg e estatura de 68 cm.

A mãe foi orientada sobre a introdução de alimentos preparados para a família, evidenciando a importância da mastigação para o desenvolvimento da face, e a não adição de açúcares na prevenção da cárie. Foi verificado o calendário da vacina, observado e orientado os cuidados de higiene corporal e prevenção da anemia, com a continuação do suplemento de ferro profilático.

Transmitiu-se a mãe do bebê cuidados sobre a prevenção de acidentes. Também orientações para que a criança seja estimulada através: dos sons, brinquedos, gestos, do contato com objetos que estimulam a preensão em pinça, conversando para iniciar o processo da fala, e a observação da mudança de posição para o bebê começar a deslocar-se segurando nos móveis. Avaliando seu desenvolvimento neuropsicomotor.

No exame clínico odontológico, a cirurgiã dentista mostrou a mãe os dentes do bebê, que já possuía os elementos 52, 51, 61, 62, 72, 71 e 81, alertando para os riscos de traumatismos buco dentais e como proceder caso ocorra, repassando sucintamente o cronograma de erupção. Orientou-se realizar a higiene oral com gaze ou fralda umedecida em água filtrada ou fervida. Logo que começarem a erupcionar os dentes de trás, uma escova de dente pequena e macia foi

indicada para sua faixa etária; sem, ainda, a introdução do dentifrício comum, para não ingerir o flúor, dando-lhe a opção da pasta sem flúor. Discutiui-se hábitos de uso de chupetas, bicos e mamadeiras e as possíveis relações com a má oclusão. Observou-se a mordida em classe III, explicando a mãe as consequências e as providências para reverter o quadro. Reforçou-se ainda a importância do papel do responsável no cuidado com a higiene oral do bebê e a relação da dieta e sua frequência com a atividade de cárie, estimulando hábitos alimentares saudáveis.

CONCLUSÃO

É reconhecido o valor da puericultura na promoção da saúde e prevenção de agravos, em crianças de 0 a 2 anos. Os profissionais do PSF assumem uma postura de acompanhamento gradual da saúde e bom desenvolvimento dos bebês; repassando seus saberes para os responsáveis, estimulando neles a prática dos cuidados imprescindíveis para tal objetivo.

Todo esforço é garantido para superar as adversidades que vão contra a esse trabalho; que se refletem, primeiramente, nos conflitos encontrados na família das crianças (desestruturação, empobrecimento, desinteresse, descompromisso).

São notórios, os resultados positivos do trabalho na puericultura. Cria-se um ambiente de educação em saúde, as mães se sentem mais preparadas para supervisionarem e enfrentarem as situações de risco à saúde de seus filhos, construindo um vínculo que promove o cuidado.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Clinical guideline on baby bottle tooth decay/ early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries: unique challenges and treatment options.** 2001. Disponível em: <http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEEC.pdf>.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Section of Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. **Pediatrics Evanston**, v. 111, n. 5, p. 1113-1116, May 2003.

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, v. 22, n. 6, 1247-1256, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n° 33).

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo linhas de cuidado na atenção à saúde da criança**. Fortaleza, 2012.

KRAMER, P. F. *et al.* Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR. 2002.** 77 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

3.21 Avaliação do conhecimento de mães sobre a saúde bucal de seus bebês no atendimento de puericultura

Janaína Rocha de Sousa Almeida, Maria Eneide Leitão de Almeida

RESUMO

O referido artigo tem o objetivo de avaliar o conhecimento de mães sobre saúde bucal no atendimento de puericultura, verificar se o atendimento realizado durante a consulta de maneira interdisciplinar e não interdisciplinar implicará em conhecimento e atitudes diferenciadas dessas mães em relação aos cuidados com seus bebês. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional, desenvolvido no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães (CSFAM), localizado em Fortaleza- CE, Brasil. A amostra foi composta de mães que acompanharam seus filhos na puericultura. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário semi-estruturado, utilizou-se como recurso para análise o programa Epi-info 3.5.2. Nas consultas de modo interdisciplinar 83,3% das mães receberam orientação de saúde bucal, apenas 55,6% das mães sem consultas interdisciplinar relataram ter recebido orientação. No grupo de atendimento de puericultura interdisciplinar, 77,8% das mães realizam a higiene da boca do seu bebê no outro grupo 66,7%. Avaliou-se o uso de creme dental, no grupo submetido ao atendimento interdisciplinar 72,2% das mães receberam orientações, no grupo com atendimento não interdisciplinar apenas 22,2% receberam orientações. As mães das crianças atendidas na puericultura do CSFAM demonstraram alguns conhecimentos sobre a saúde bucal do seu bebe, porem necessitam de maiores esclarecimentos sobre algumas questões. As consultas interdisciplinares mostraram-se mais efetivas na transmissão de conhecimentos.

PALAVRAS CHAVE: Cuidado da Criança. Odontologia. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994 com o propósito de transformar e aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, sendo, portanto porta de entrada do serviço vigente. Posteriormente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1988), trata-se de uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados. Uma de suas principais características é o atendimento multiprofissional,

individualizado que busca compreender o indivíduo no contexto dos seus diversos determinantes.

Dentre as diversas formas de acompanhamento dos pacientes na ESF, destacamos a puericultura, conjunto de práticas clínicas que proporcionam um acompanhamento do desenvolvimento desde a gestação até a puberdade, por meio da supervisão à saúde, englobando o reconhecimento e a compreensão do contexto individual, familiar e ambiental (BEHRMAM; KLIEGMAM; JENSON, 2002; GREEN; PALFREY, 2002). Em 1792, surge o termo “puericultura” no tratado do suíço Jacques Ballexserd. A puericultura chega ao Brasil, em 1899, trazida por Moncorvo Filho (SCHMITZ, 1995).

Durante as consultas de puericultura, que tem como foco a prevenção e promoção da saúde, exige-se dos profissionais uma prática pautada na escuta, levando em consideração os conhecimentos já existentes, as necessidades primordiais da criança e a conscientização da família por meio, principalmente, do diálogo (SILVA; ROCHA; SILVA, 2009).

Com as mesmas perspectivas de prevenção e promoção da saúde, surge a atenção odontológica aos bebês de 0 a 36 meses, conhecida como Odontologia para bebês, em 1985 na Universidade de Londrina (WALTER *et al.*, 2013). Esta vem crescendo de maneira importante, por ser este o período em que os hábitos relacionados à saúde bucal são formados, sendo, portanto, a prevenção precoce a principal ferramenta para a formação de uma perfeita saúde bucal (THEODORO *et al.*, 2007). Para Moss (1996), quanto mais cedo for a manipulação da cavidade oral dos bebês, mais receptivos estes serão em relação aos cuidados com a sua saúde bucal.

As ações de cuidado na puericultura devem ser desenvolvidas no contexto de trabalho interdisciplinar da equipe de saúde. Sabe-se que a abordagem do bebê ainda nos primeiros seis meses de vida é de extrema importância para a introdução de métodos educativo-preventivos (FAUSTINO-SILVA *et al.*, 2008). Assim sendo, é fundamental que os profissionais que trabalham com a puericultura transmitam informações como: período de erupção dos dentes, o uso de dentifrícios, amamentação, alimentação saudável, higiene bucal e hábitos bucais deletérios como o uso de chupetas e mamadeiras.

O levantamento epidemiológico SB Brasil 2003 mostrou que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos 1 dente decíduo com cárie e aos 5 anos esta proporção sobe para quase 60% (FAUSTINO-SILVA *et al.*, 2008; BRASIL, 2004). O levantamento

epidemiológico SB Brasil 2010 demonstrou que na faixa etária de 5 anos a média de dentes decíduos afetados pela cárie baixou de 2,8 para 2,3 (BRASIL, 2010). No entanto, 80% desses dentes não foram tratados. Tais dados deixam evidente a necessidade de atuação na promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal das crianças dessas faixas etárias.

O atendimento interdisciplinar é uma das ações preconizadas na Estratégia Saúde da Família e tendo no atendimento da Puericultura a ação simultânea da enfermagem, odontologia e medicina visando um suporte em saúde são possíveis perceber que este tipo de atendimento beneficia mãe e criança na promoção de sua saúde.

Há duas formas de realizar a consulta de puericultura, de maneira interdisciplinar e não interdisciplinar. Na consulta de puericultura interdisciplinar, a criança é acompanhada pelo médico ou enfermeiro e pelo cirurgião-dentista, sendo que as mães recebem simultaneamente orientações sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê, bem como todas as orientações necessárias para realização dos cuidados com a saúde bucal. Na consulta de puericultura não interdisciplinar, o acompanhamento do bebê é realizado somente pelo médico ou enfermeiro e as mães recebem as orientações sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento de mães sobre a saúde bucal no atendimento de puericultura. Buscou-se verificar se o atendimento realizado durante a consulta de puericultura interdisciplinar e não interdisciplinar implicará em conhecimento e atitudes diferenciadas dessas mães em relação aos cuidados de saúde bucal dos seus bebês.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional, desenvolvido em Unidade de Atenção Primária à Saúde, no município de Fortaleza capital do estado do Ceará-Brasil.

A população deste estudo foi composta de mães que acompanharam seus filhos no serviço de puericultura no período de junho a setembro de 2012. Para sistematização do estudo foram utilizados dois grupos: um composto por 18 mães que tiveram consulta de puericultura interdisciplinar e o outro por 18 mães que tiveram consulta de puericultura não interdisciplinar.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário semi-estruturado contendo perguntas referentes à percepção das mães em relação à consulta de puericultura e ao

conhecimento dessas mães sobre os cuidados que devem ter com a saúde bucal de seu filho.

Utilizou-se como recurso para análise de dados o programa *Epi-info* versão 3.5.2. As variáveis foram descritas com frequência absoluta simples e por classe, juntamente com as respectivas frequências relativas (percentuais) simples e acumulativas.

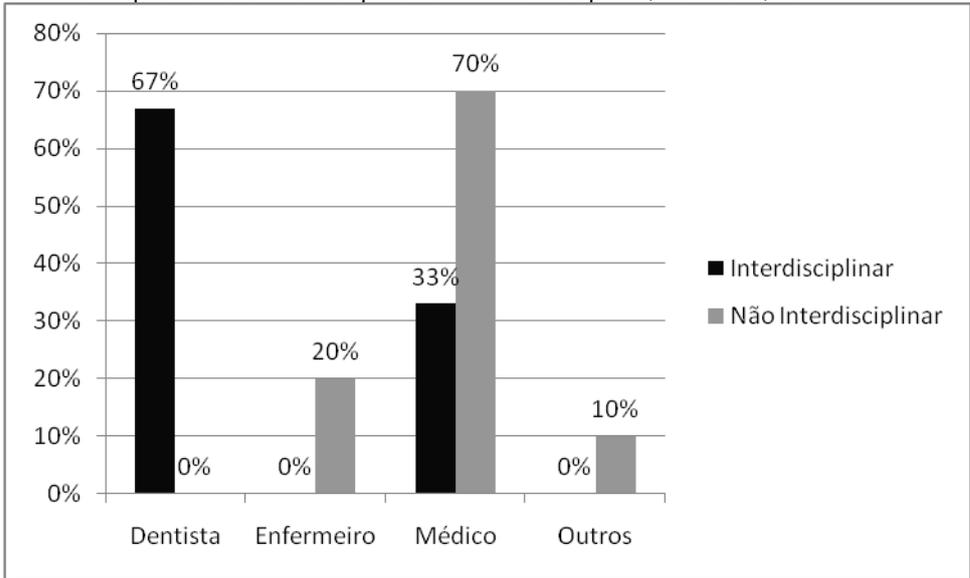
A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará e aprovado com o nº 140/10. Garantiu-se às mães e a seus filhos completo sigilo e anonimato, e respeitando os quatro princípios da Bioética, como: justiça, autonomia, beneficência e não maleficência. Para participar da pesquisa as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Na consulta de puericultura realizada por equipe interdisciplinar, quanto às características pessoais das mães, houve predominância da faixa etária entre 20 e 29 anos (55,6%). Com relação ao grau de escolaridade dos entrevistados, 38,9% possuíam segundo grau completo, enquanto que apenas 5,6% ingressaram no nível superior. Quanto ao estado civil, 50% das entrevistadas eram casadas. No atendimento de puericultura realizado de forma não interdisciplinar, também houve predominância da faixa etária entre 20 e 29 anos (38,9%). O grau de escolaridade foi de 44,4% com segundo grau completo, nenhuma das entrevistadas ingressou no nível superior. Quanto ao estado civil, apenas 22,2% eram casadas.

Nas consultas que aconteciam de forma interdisciplinar 83,3% das mães receberam orientação de saúde bucal, 100% destas relataram ter recebido tal informação na Unidade de Saúde, dentre as mães que receberam informação sobre saúde bucal, 67% delas receberam informação através do cirurgião dentista. Por outro lado, apenas 55,6% das mães com consultas de forma não interdisciplinar relataram ter recebido orientação de saúde bucal, 80% destas relataram ter recebido informação sobre saúde bucal na Unidade de Saúde, destes 70% relataram ter recebido informação de saúde bucal pelo pediatra (Gráfico 1).

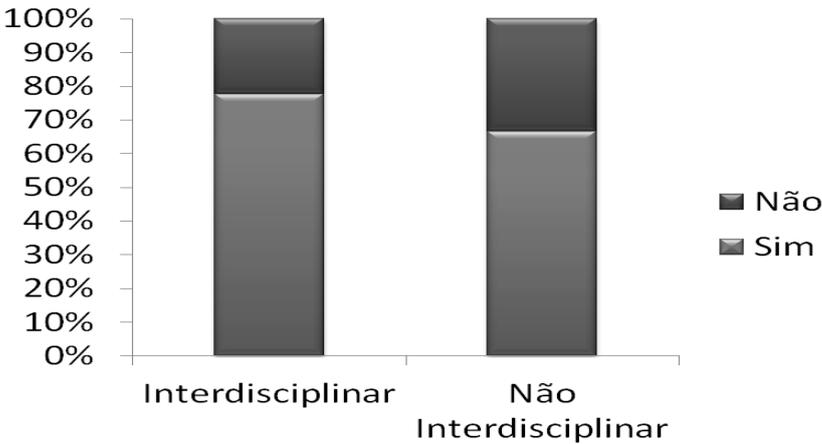
Gráfico 1. Profissional de saúde responsável por transmitir orientações sobre saúde bucal, de acordo com o tipo de consulta de puericultura interdisciplinar e não interdisciplinar, Fortaleza, 2012.



Fonte: Dados da pesquisa

No grupo de atendimento de puericultura com consulta interdisciplinar, quanto à realização da higiene bucal do bebê, 77,8% das mães realizam a higiene da boca do seu bebê e 57,1% realizam a higiene mais que 3 vezes ao dia. Já no grupo de consulta de puericultura com consulta não interdisciplinar, quanto à realização da higiene bucal do bebê, 66,7% das mães realizam a higiene da boca do seu bebê e 41,7% realizam apenas 01 vez ao dia (Gráfico 2).

Gráfico 2. Realização da higiene bucal dos bebês, de acordo com a consulta de puericultura interdisciplinar e não interdisciplinar, Fortaleza, 2012.



Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao modo de limpeza da boca do bebê, no grupo submetido ao atendimento interdisciplinar 60% das mães relatou que a escova seria o instrumento adequado de higiene

bucal. No entanto, no grupo submetido ao atendimento não interdisciplinar 41,7% das mães considera a fralda úmida o instrumento adequado de higiene bucal.

Quanto ao nível de percepção dos pais ou responsáveis acerca dos hábitos alimentares das crianças, no grupo submetido ao atendimento interdisciplinar 61% responderam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta após o primeiro ano de idade e 39% aos 6 meses de idade. No grupo submetido ao atendimento não interdisciplinar 55% responderam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta aos seis meses, 17% de 7 meses a 1 ano de idade, 17% após 1 ano e 11% acreditam que o açúcar pode ser introduzido na alimentação logo ao nascer.

Avaliou-se o uso de creme dental, no grupo submetido ao atendimento interdisciplinar 72,2% das mães receberam orientações. Por outro lado, no grupo submetido ao atendimento não interdisciplinar apenas 22,2% das mães receberam orientações. (Tabela 1)

Das mães entrevistadas do grupo que recebeu atendimento interdisciplinar, 50% relataram saber que a cárie é transmitida de uma pessoa para outra, enquanto as mães do grupo não interdisciplinar apenas 38,9% sabiam sobre a transmissibilidade da doença cárie. (Tabela 1)

Tabela 1. Orientações transmitidas sobre o uso de creme dental, transmissibilidade da cárie, uso de mamadeiras e chupetas, amamentação e satisfação, de acordo com o tipo de consulta de puericultura interdisciplinar e não interdisciplinar, Fortaleza, 2012.

	Interdisciplinar		Não interdisciplinar	
	Sim	Não	Sim	Não
Orientação sobre uso de creme dental	72,2%	27,8%	22,2%	77,8%
Conhecimento sobre a transmissibilidade da doença cárie	50%	50%	38,9%	61,1%
Orientação sobre o uso de mamadeiras e/ou chupetas.	38,9%	61,1%	44,4%	55,6%
Importância da amamentação para a formação da saúde bucal.	88,9%	11,1%	94,4%	5,6%
Satisfação com a consulta de puericultura.	94,4%	5,6%	72,2%	27,8%

Fonte: Dados da pesquisa.

A respeito das orientações sobre uso de mamadeira e/ou chupeta recebidas pelas mães do grupo interdisciplinar 61,1% disseram que não foram informadas sobre o uso de mamadeiras e chupetas, enquanto no grupo de atendimento não interdisciplinar esse valor foi de 55,6%. (Tabela 1)

Sobre a importância da amamentação para a formação da saúde bucal dos bebês, no grupo que recebeu atendimento interdisciplinar 88,9% das mães consideraram a amamentação importante e para o outro grupo foi encontrado um percentual maior no valor de 94,4% das mães. (Tabela 1)

Quanto à percepção da satisfação das consultas de puericultura, 94,4% das entrevistadas submetidas à consulta de puericultura interdisciplinar estava satisfeita com o atendimento. No grupo submetido à consulta de puericultura não interdisciplinar 72,2% estava satisfeita com o atendimento. (Tabela 1)

DISCUSSÃO

A família é uma unidade social e também uma unidade funcional básica de saúde. Bons hábitos de higiene bucal são comuns quando valores de saúde bucal são aceitos como parte do estilo de vida da família, e historicamente as mulheres estão mais envolvidas nesse processo. O exemplo das mães é fundamental para que seus filhos adquiram bons hábitos (FAUSTINO-SILVA *et al.*, 2008).

Os cuidados com a saúde bucal também estão relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos (THEODORO *et al.*, 2007). Nas camadas sociais menos favorecidas, os componentes relativos à necessidade de tratamento predominam, enquanto que, na população de nível de renda mais alto, tem-se maior acesso aos serviços odontológico, observando-se uma predominância de tratamento executado.

O atendimento odontológico ao bebê tem como ponto principal o enfoque preventivo para a manutenção da saúde, sendo importante a educação dos pais e responsáveis (CRUZ *et al.*, 2004; VOLPATO; FIGUEIREDO, 2005). É de suma importância fazer com que os pais tenham consciência do seu papel educativo na higiene bucal dos seus filhos. Os pais devem ser orientados quanto às medidas de promoção de saúde bucal que devem ter com seus filhos o mais precoce possível (GALBIATTI; GIMENEZ; MORAES, 2003). A família, e os pais mais especificamente, são vistos como exemplos pelas crianças e por isso devem estar cientes da

importância que têm de referencial para o estabelecimento de hábitos bucais saudáveis nas crianças.

Cruz *et al.*(2004), verificaram que apenas 32,5% das mães afirmaram ter recebido informações sobre os cuidados de saúde bucal com seu bebê, sendo que o agente transmissor dessa informação foi o pediatra em 61,6% dos casos. Já nesta pesquisa observou-se que 83,3% das mães que tiveram consulta interdisciplinar de puericultura, foram orientadas quanto aos cuidados com a saúde bucal, sendo o cirurgião dentista o principal transmissor dessa informação em 67% dos casos.

O acompanhamento de puericultura já deve iniciar no momento da gestação, portanto as futuras mães devem ser orientadas quanto aos cuidados com sua saúde bucal e de seu futuro bebê. Günther, Tovo e Feldens (2005) demonstraram em estudo que apenas 4 gestantes de uma população de 20 receberam informações sobre cuidados com a própria saúde bucal e do seu bebê durante a gravidez, 75% destas informações foram fornecidas por um cirurgião-dentista e 25% fornecidos por um médico.

No estudo de Cruz *et al.* (2004), as mães ao serem questionadas quanto à realização da higiene bucal em seus filhos, a maioria (73,8%) afirmou executar rotineiramente a higiene bucal no bebê. Dentre os métodos mais utilizados à escovação foi o mais frequente (67,8%). Já neste estudo, foi observado que no grupo de atendimento interdisciplinar, quanto à realização da limpeza da boca do seu bebê, 77,8% das mães realizam a higiene da boca do seu bebê. Já no grupo não interdisciplinar, 66,7% das mães realizam a higiene da boca do seu bebê. Volpato e Figueiredo (2005), verificou que a higiene bucal esteve presente no primeiro ano de vida em apenas um terço das crianças assistidas, já Gonzalez-Martinez, Sierra Barrios e Morales Salinas (2011) verificou que 33,3% dos pais iniciaram a higiene bucal logo ao nascimento dos seus bebês.

Os pais e/ou responsáveis estão mais conscientes da importância da inserção de hábitos de higiene bucal em seus filhos o mais precoce possível. As crianças que desenvolvem hábitos de higienização precocemente terão maiores chances de crescer com boas condições de saúde bucal.

De acordo com a American Dental Association (ADA) a higiene da boca deve ter início antes do nascimento dos primeiros dentes, para tornar a boca mais limpa e acostumar a criança a manipulação de sua boca, já Walter *et al.* (2013) indicam o início da limpeza logo que irrompam os primeiros dentes, principalmente à noite após a última mamada.

No estudo de Theodoro *et al.*(2007), para a limpeza da boca do bebê, verificou-se que 52,02% das mães optaram pelo uso da fralda com água filtrada, 26,02% escolheram o item escova e pasta de dente, 5,4% assinalaram essas duas opções justificando por escrito que a sua escolha seria feita de acordo com a idade do bebê. Neste estudo com relação ao modo de limpeza da boca do bebê, no grupo submetido ao atendimento interdisciplinar 60% das mães relatou que a escova seria o instrumento adequado de higiene bucal. No grupo submetido ao atendimento não interdisciplinar 41,7% das mães considera a fralda úmida o instrumento adequado de higiene bucal.

No que diz respeito à inserção do açúcar na alimentação do bebê, Theodoro *et al.*(2007) encontraram uma alta ingestão de alimento cariogênico pelos bebês, pois 43% das crianças receberam açúcar antes de completar um ano de vida. Os resultados do estudo de Faustino-Silva *et al.* (2008) apontam que 69% dos responsáveis entrevistados pensam que o açúcar pode ser introduzido na dieta da criança ainda no primeiro ano de vida. No entanto, a introdução precoce do açúcar na alimentação da criança é um fator importante no desenvolvimento da cárie na infância e esse contato deve ser retardado ao máximo. Os resultados aqui encontrados quanto ao nível de percepção dos pais ou responsáveis acerca dos hábitos alimentares das crianças, no grupo interdisciplinar 61,1% responderam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta após o primeiro ano de idade. No grupo não interdisciplinar 55,6% responderam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta aos seis meses.

Quanto ao uso do creme dental sua utilização deve ser cuidadosa, em crianças menores de 3 anos, devido à probabilidade de deglutição do mesmo, devendo ser utilizado com cautela. Os pais devem ser sempre orientados a utilizar uma pequena quantidade de creme dental para prevenir a deglutição do mesmo. Uma ingestão prolongada de fluoretos durante a formação dos dentes pode ocasionar a fluorose dentária (STUANI *et al.*, 2007). Dentre as mães submetidas à consulta de puericultura interdisciplinar a maioria foi orientada sobre os cuidados com a utilização do creme dental.

Em relação ao conhecimento de que a cárie é transmissível, a maioria das mães (93,15%) acredita que é possível transmitir germes de sua boca para a de seu filho (THEODORO *et al.*, 2007; MITCHELL *et al.*, 2009), porém no presente estudo, das mães entrevistadas do grupo que recebeu atendimento interdisciplinar, 50% relataram saber que a cárie é transmitida de uma pessoa para outra, enquanto as mães do grupo não interdisciplinar foram de 38,9%, o que demonstra pouco conhecimento referente a transmissibilidade da doença cárie.

O uso de mamadeira e chupeta é bastante comum e muitas vezes os pais não são orientados sobre essa utilização, pesquisa verificou que quase a totalidade das gestantes 95% afirmou que pretende utilizar mamadeira em seus bebês e 90% atestou que irá oferecer chupeta (GUNTHER; TOVO; FELDENS, 2005). Neste estudo as orientações sobre o uso de mamadeira e chupeta foram dadas em maior proporção nas consultas não interdisciplinares, contudo menos da metade (44.4%) das mães foi orientada, portanto considera-se que as orientações sobre o uso de mamadeira e chupeta, assim como outros hábitos bucais deletérios deveriam ser melhor abordadas nas consultas de puericultura.

Dentre os benefícios da amamentação destaca-se o estímulo ao correto crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático, prevenindo más-oclusões e hábitos bucais deletérios (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006; SALIBA *et al.*, 2008; MALCHEFF *et al.*, 2009). Portanto, orientações e estímulo à amamentação devem ser uma constante, tais orientações devem ser transmitidas por todos os profissionais da estratégia de saúde da família.

No que diz respeito à percepção da satisfação das consultas de puericultura, 94,4% das entrevistadas estão satisfeitas por parte do grupo de atendimento interdisciplinar, sendo esse valor menor de 72,2% para o atendimento não interdisciplinar. O que reflete a importância do trabalho em equipe para uma ampliação da satisfação dos usuários do sistema único de saúde.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que as mães ou responsáveis pelas crianças atendidas na puericultura demonstram conhecer a importância da iniciação precoce dos hábitos de higiene oral, porém ficou clara a necessidade de maiores esclarecimentos sobre o uso correto do creme dental, bem como o conhecimento sobre a transmissibilidade da cárie.

O grupo que foi acompanhado na consulta de puericultura por uma equipe interdisciplinar demonstrou maior conhecimento com relação à saúde bucal dos bebês.

As consultas interdisciplinares de puericultura mostraram-se mais efetivas na transmissão de conhecimentos sobre a saúde bucal, destacando-se desta maneira a importância do trabalho interdisciplinar na promoção de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BEHRMAM, R.E.; KLIEGMAM, R.M.; JENSON, H.B. **Tratado de pediatria**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB 2010**. Pesquisa Nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

CRUZ, A.A.G.; GADELHA, C.G.F.; CAVALCANTI, A.L.; MEDEIROS, P.V.F. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: Um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v.4, p.185-189, 2004.

FAUSTINO-SILVA, D.D.; RITTER, F.; NASCIMENTO, I.M.; FONTANIVE, P.V.N.; PERSICI, S.; ROSSONI, E. Cuidado sem saúde bucal na primeira infância: percepção e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev. Odonto Ciência**, v.23, p. 375-379, 2008.

GALBIATTI, F.; GIMENEZ, C.M.M.; MORAES, A.B.A. Odontologia na primeira infância: sugestões para a clínica do dia. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.5, p.512-517, 2003.

GONZALEZ-MARTINEZ, F.; SIERRA BARRIOS, C.C.; MORALES SALINAS, L.E. Conocimientos, actitudes y practicas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, **Colombia Salud. Publica Mex**, v.53, p.247-257, 2011.

GREEN, M.; PALFREY, J.S. **Bright Futures**: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 2nd ed. rev. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.

GÜNTHER, K.; TOVO, M.F.; FELDENS, C.A. Avaliação dos conhecimentos sobre saúde bucal referidos por parturientes do Hospital Luterano – ULBRA. **Stomatos**, v.11, n.20, p.5-12, 2005.

LIMA, M.G.; WATANABE, M.G.C.; PALHA, P.F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Pediatrics**, v.28, n.3, p.191-198, 2006.

MALCHEFF, S.; PINK, T.C.; SOHN, W.; INGLEHART, M.R.; BRISKIE, D. Infant oral health examinations: pediatric dentists' professional behavior and attitudes. **Pediatr. Dent.**, v.31, n.3, p.202-209, 2009.

MITCHELL, S.C.; RUBY, J.D.; MOSER, S.; MOMENI, S.; SMITH, A.; OSGOOD, R.; LITAKER, M.; CHILDERS, N. Maternal Transmission of Mutans Streptococci in Severe-Early Childhood Caries. **Pediatr. Dent.**, v.31, n.3, p.193-201, 2009.

MOSS, S.J. **Crescendo sem cárie**: um guia preventivo para os pais. São Paulo: Quintessence, 1996.

SALIBA, N.A.; ZINA, L.G.; MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, O. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Aracatuba, São Paulo, Brazil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.8, n.4, p.481-490, 2008.

SCHMITZ, E.M.R. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1995.

SILVA, M.M.; ROCHA, L.; SILVA, S.O. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, p.141-144, 2009.

STUANI, A.S.; FREITAS, A.C.; SILVA, F.W.G.P.; QUEIROZ, A.M. Como realizar a higiene bucal em crianças. **Pediatria**, v.29, n.3, p.200-207, 2007.

THEODORO, D.S.; GIGLIOTTI, M.P.; OLIVEIRA, T.M.; SILVA, S.M.B.; MACHADO, M.A.A.M. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. **Odontologia Clin. Cientif. Recife**, v.6, p.133-137, 2007.

VOLPATO, L.E.R.; FIGUEIREDO, A.F. Estudo da clientela do programa de atendimento odontológico precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.5, p.45-52, 2005.

WALTER, L.R.F.; LEMOS, L.V.F.M.; MYAKI, S.I.; ZUANON, A.C.C. **Manual de Odontologia para bebês**. São Paulo: Artes Médicas. 2013.