



Experiências de sucesso são reconhecidas pelo Estado

*Secretaria de Estado da Saúde
distribuiu R\$ 660 mil em prêmios*



Luiz Henrique da Silveira

Governador do Estado

Leonel Pavan

Vice-governador

Carmen Emília Bonfá Zanotto

Secretária de Estado da Saúde

Roberto Hess de Souza

Diretor-Geral da Secretaria de Estado da Saúde

Rosina Moritz dos Santos

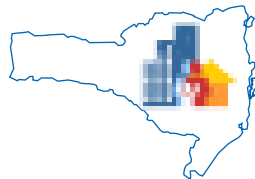
Superintendente de Planejamento e Gestão

Maria Teresa Locks

Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação

Maria Arlene Pagani

Gerente de Coordenação da Atenção Básica



Revista Catarinense de Saúde da Família

Conselho editorial

Carmen Emília Bonfá Zanotto

Secretária de Estado da Saúde

Gilson Carvalho

Doutor em Saúde Pública (SP)

Rosina Moritz dos Santos

Superintendente de Planejamento e Gestão (SES/SC)

Maria Cristina Calvo

Doutora em Saúde Pública (UFSC)

Pio Pereira dos Santos

Mestre em Saúde Pública (SES/SC) - Coordenador

Lisete Contin

Especialista em Saúde Pública (SES/SC)

João Carlos Caetano

Doutor em Saúde Pública (SES/SC)

Secretária Executiva

Edição e editoração: Santa Comunicação

Fotos: Divulgação

Impressão: Gráfica IOESC • Tiragem: 3 mil exemplares

Distribuição: dirigida e gratuita

Na Internet: www.saude.sc.gov.br, www.twitter.com.br/saudepublicasc

E-mails: revistasfsc@saude.sc.gov.br, saudedafamilia@saude.sc.gov.br

Fones: (48) 3212.1695, 3212.1697, 3212.1690, 3212.1691

Palavra do Governador

Caros colegas servidores

Minha experiência pessoal indica que, salvo em casos muito específicos, as decisões devem ser tomadas sempre no nível mais próximo da população interessada. Mas não se trata de, simplesmente, dar “dedos mais longos” à administração central, multiplicando seus tentáculos com a criação de representações locais. É preciso dar às administrações locais condições efetivas de gerirem as atividades. Esse “princípio da proximidade” pressupõe capacidade real de decisão, com descentralização dos encargos, atribuição de recursos e flexibilidade de aplicação.

O Estado moderno tem que ser menos herói e mais inteligente. Para isso, tem que se tornar um Estado do saber e da competência, comprometido com a inovação, com as novas tecnologias de informatização e comunicação, pois, cada vez mais, a busca pela gestão racional dos nossos poucos recursos deixa de ser um luxo e passa a ser condição vital para o desenvolvimento.

A profunda reestruturação que empreendemos em Santa Catarina não apenas viabilizou a descentralização administrativa, mas também a desconcentração do poder. Ao dividir o Estado em 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional, dotadas de Conselhos de Desenvolvimento Regional, logramos êxito em nosso desafio de recolocar o Estado no rumo do desenvolvimento harmônico e sustentado.

Neste novo cenário, o Estado atua muito mais como formulador das políticas macro, deixando de imiscuir-se, autoritária e arrogantemente, nos problemas locais. A descentralização permite ao governante concentrar-se no que efetivamente devem ser as preocupações de Estado: o equilíbrio macroeconômico, os desequilíbrios sociais e regionais, as políticas tecnológicas de longo prazo, as grandes redes de infra-estrutura de transporte, energia e telecomunicações, a inserção do Estado no espaço econômico nacional e internacional.

Quando assumimos o Governo, em 2003, centenas de municípios sofriam de anemia profunda, enquanto alguns poucos inchavam de gente e problemas, vitimados pelo êxodo rural que nos havia transformado em campeões brasileiros da modalidade. Tínhamos um conjunto de problemas modernos e uma máquina estatal do início do século passado. Desafios digitais e uma estrutura analógica.

Por isso, e por sermos um Estado longitudinal como nenhum outro, nosso Estado manteve exilados, durante décadas, centenas de municípios, distantes até 800 quilômetros da capital, onde sempre se concentraram as decisões. Multiplicamos por 36 a velocidade e efetividade das ações do Estado, que podem ser vistas por toda Santa Catarina, em todos os setores e áreas.

Nesta edição da Revista Catarinense de Saúde da Família, podemos comprovar a nova realidade da Saúde.



Luiz Henrique da Silveira
Governador do Estado de Santa Catarina

Sumário

Editorial	5
IV Encontro Estadual de Saúde da Família	
Troca de Experiências - 2009	6
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).....	8
Relatos de Experiências	
Grupo de Gestantes (Antônio Carlos)	9
Saúde Bucal em casa: trabalhando com os agentes comunitários de saúde (Gaspar).....	15
Construindo uma dentição saudável (Jupia)	22
Todos Contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo (Lages)	26
Uma avaliação da experiência de 7 anos de trabalho da Saúde da Família em saúde bucal (Sta. Rosa de Lima)	33
Resultados da Avaliação da Atenção Básica	40

Editorial

Caros profissionais,

Ao apresentar este segundo número da Revista Catarinense de Saúde da Família, em que resumimos trabalhos que estão, efetivamente, dando mais qualidade de vida à população catarinense, aproveitamos para compartilhar algumas conquistas na área da Saúde Pública. Vocês, profissionais que atuam na Atenção Básica e, mais especificamente, junto às comunidades, têm importante participação nestes resultados.

Santa Catarina é referência nacional em Saúde Pública. O Estado tem a mais alta esperança de vida ao nascer para os homens, que é de 72 anos e quatro meses, e a segunda mais alta para a população em geral, que é de 75 anos e seis meses. Nos últimos anos, o Estado também vem disputando a liderança no ranking que define os menores índices de mortalidade infantil do país. Enquanto no Brasil, 23,3 bebês vão a óbito antes de completar um ano de idade (a cada mil nascidos vivos), em Santa Catarina o índice de mortalidade infantil é de 11,61, dado (de 2008) equivalente ao de países desenvolvidos.

Mesmo amparados por números confortantes, continuamos trabalhando sério, todos os dias, para que a Saúde Pública seja cada vez mais eficiente, eficaz e descentralizada, permitindo que a população das mais distintas cidades tenha equidade no acesso aos serviços e dependa cada vez menos da “Ambulancioterapia”, ou seja, do transporte para tratamento na Capital do Estado. Neste sentido, por exemplo, a Secretaria de Estado da Saúde (SES), amparada por aprovação no Conselho Estadual de Saúde, repassou aos municípios, instituições públicas, privadas e filantrópicas que oferecem serviços de Média e Alta Complexidade, mais de R\$ 45 milhões em 2009. Para construções, leitos de UTI, reformas de unidades básicas, compra de equipamentos e veículos foram mais R\$ 17,5 milhões, em convênios aprovados pelos Conselhos de Desenvolvimento Regionais.

Os hospitais próprios do Estado também recebem investimentos contínuos. Entre as principais obras pode-se citar a nova Emergência do Hospital Regional de São José; a nova sede da SC Transplantes; o Complexo de Terapia Intensiva do Hospital Hans Dieter Schmidt, em Joinville; a reforma do setor de internação obstétrica do Hospital e Maternidade Tereza Ramos, em Lages; a reforma dos setores de hemodiálise e para Transplante de Medula Óssea, no Hospital Celso Ramos, em Florianópolis; a nova cozinha do Hospital Santa Teresa, em São Pedro de Alcântara; as obras da UTI adulto do Hospital de

Ibirama; e a reforma e ampliação da UTI do Hospital Nereu Ramos, na Capital. Também foi repassado ao CEPON R\$ 2 milhões para a conclusão da segunda etapa de obras, em Florianópolis, e para o Hospital Regional do Extremo Oeste, em São Miguel D'Oeste, quase R\$ 17 milhões, para as obras de construção da unidade a ser inaugurada em breve.

O planejamento da SES, executado desde 2003, se propõe a agilizar o atendimento, reduzindo o tempo de espera por consultas e exames, disponibilizar mais Serviços de Referência no interior do Estado, e também diversificar os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, como já fizemos, ao trazer para Santa Catarina tratamentos de vanguarda para câncer de pele e quelóide; para Epilepsia (através de cirurgia), para tumores de cabeça (através da Radiocirurgia) e para tumores de tireóide (através da medicina nuclear) que antes só eram oferecidos pelo SUS em outros estados.

No âmbito da Atenção Básica, a participação do Estado também evoluiu consideravelmente. Nos últimos três anos foram repassados aos municípios, para Cofinanciamento da Atenção Básica, R\$ 42 milhões. Em 2010, estão sendo repassados R\$ 28 milhões e para 2011 a previsão é de R\$ 35 milhões. Para valorizar as equipes da Estratégia Saúde da Família a SES distribuiu, entre as que mais se destacaram, R\$ 660 mil em 2009. E para que os trabalhos continuem evoluindo, em 2010 serão qualificados, através da Escola de Formação em Saúde – EFOS, mais 6 mil Agentes Comunitários de Saúde.

Outras conquistas desta gestão, que vêm beneficiando a população em todo o Estado, são o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, inaugurado em dezembro de 2009, a consolidação da Hemorrede Estadual, que faz com que Santa Catarina tenha o maior banco público de sangue do país, e a expansão do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), que passou a realizar exames diagnósticos da Influenza A (H1N1). Os desafios são permanentes. Para que os avanços também sejam, contamos com vocês, profissionais da Estratégia Saúde da Família. Que em 2010 vocês tenham ainda mais fôlego e disposição para fazer de Santa Catarina uma referência nacional em Saúde Pública.



Carmen Zanotto
Secretária de Estado da Saúde

IV Encontro Estadual de Saúde da Família

Troca de Experiências - 2009

A Secretaria de Estado da Saúde (SES), através da Gerência de Coordenação de Atenção Básica / Divisão de Saúde da Família, realizou entre os dias 25 e 27 de novembro de 2009, o IV Encontro Estadual de Saúde da Família – Troca de Experiências.

Este evento contou com aproximadamente 500 participantes, entre gestores municipais de saúde, profissionais de saúde, diretores / técnicos da SES e dos municípios, coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios, entidades de ensino e gerentes regionais de saúde. A imensa maioria era de profissionais das Equipes de Saúde da Família.

O encontro estadual constituiu-se no processo final da realização de nove encontros macrorregionais, organizados pelas Gerências Regionais de Saúde / Coordenações da Estratégia de Saúde da Família, os quais buscaram atender os seguintes objetivos:

- 1 Fortalecimento e qualificação da Atenção Básica;
- 2 Consolidação da política da Estratégia Saúde da Família no Estado de Santa Catarina;
- 3 Apresentação/troca de experiências entre as equipes de SF dos municípios catarinenses;
- 4 Estímulo e valorização do trabalho realizado pelas equipes ESF;
- 5 Divulgação dos trabalhos premiados nos nove Encontros Macrorregionais realizados.

O conferencista principal foi o Médico Pediatra Gilson Carvalho, Doutor em Saúde Pública, consultor do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Ele abordou o tema: “Uma Análise da Conjuntura da Saúde Pública no Brasil”. Na manhã do dia 26 aconteceu a apresentação da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem do Ministério da Saúde (MS), pelo seu Coordenador, Dr. Baldur Schubert.

Conforme a programação, foram abordados, ainda, os temas: AMQ-Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família, pela Dra Ângela Maricondi - Assessor-

ra Técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, do Departamento de Atenção Básica/MS, bem como PRO-GAB-Programação para a Gestão por Resultados na Atenção Básica, apresentado pelo Dr. Cristiano Busato - Coordenador de Gestão da Atenção Básica/MS.

O foco do encontro foi a apresentação das 18 experiências de trabalhos das Equipes de Saúde da Família, classificadas nos encontros macrorregionais. As equipes que se destacaram na avaliação de desempenho da Atenção Básica foram premiadas – uma forma de incentivar o trabalho bem-sucedido dos municípios. Neste ano, 16 municípios foram premiados, em cinco categorias, de acordo com o número da população. A premiação foi precedida por exposição da Prof^a M^a Cristina Calvo, da UFSC, consultora da SES no desenvolvimento da Proposta de Avaliação da Atenção Básica (Projeto PROESF).

A entrega de prêmios ocorreu no dia 26, durante o IV Encontro Estadual de Saúde da Família, que contou com a presença do Governador do Estado, Luiz Henrique da Silveira; do então Secretário de Estado da Saúde, Luiz Eduardo Cherem; do Secretário de Desenvolvimento Regional da Grande Florianópolis, Valter Galina; e da então Diretora Geral da SES, Carmen Zanotto. Confira os premiados:

» Categoria município com até 10 mil habitantes

1º lugar	Belmonte e Treviso	R\$ 40.000,00 cada
2º lugar	Vargeão e Santa Rosa de Lima	R\$ 20.000,00 cada
3º lugar	Santa Terezinha do Progresso, Presidente Nereu e Aurora	R\$ 20.000,00 cada

» Categoria município entre 10 e 25 mil habitantes

1º lugar	Quilombo e Lauro Muller	R\$ 40.000,00 cada
2º lugar	Itapoá, Bombinhas e Schroeder	R\$ 20.000,00 cada

» Categoria município entre 25 e 50 mil habitantes

1º lugar	Tijucas	R\$ 40.000,00
2º lugar	Timbó	R\$ 20.000,00

» Categoria município entre 50 e 100 mil habitantes

1º lugar	São Bento do Sul	R\$ 40.000,00
----------	------------------	---------------

» Categoria município acima de 100 mil habitantes

1º lugar Itajaí R\$ 40.000,00

» Municípios que se destacaram nos Encontros Macrorregionais

As 18 equipes classificadas nos encontros macrorregionais foram agraciadas, cada uma, com um prêmio de R\$ 5.000,00, repassados fundo a fundo, para ser investido na melhoria das condições de trabalho das equipes. Os municípios são: Antonio Carlos, Balneário Camboriú, Camboriú, Chapecó, Florianópolis, Gaspar (2 prêmios), Irineópolis, Jupiá, Lages, Piratuba, São Bonifácio, Santa Rosa de Lima, Schroeder, Tigrinhos, Treviso, Tubarão e Vargem.

» Municípios premiados nos quesitos AMQ e PROGRAB

Também foram premiados 11 municípios que avançaram na implantação da AMQ e do PROGRAB, são eles: Alto Bela Vista, Arvoredo, Blumenau, Bombinhas, Chapecó, Itá, Pomerode, Schroeder, Xanxerê, Piratuba e Peritiba (R\$ 10.000,00 cada).

Os recursos para premiação foram provenientes do Co-financiamento da Atenção Básica, através do Tesouro do Estado (PROESF / SES), no valor total de R\$ 660.000,00.

O Encontro Estadual teve seu encerramento com o lançamento da “Revista Catarinense de Saúde da Família”, uma publicação da Secretaria de Estado da Saúde / Gerência de Coordenação da Atenção Básica, que pretende divulgar as experiências bem-sucedidas das Equipes de Saúde da Família dos municípios catarinenses. A revista foi idealizada por Dr. Pio Pereira dos Santos, Médico Sanitarista e Mestre em Saúde Pública, que foi homenageado com uma placa comemorativa, por relevantes contribuições prestadas à frente da Gerência de Coordenação de Atenção Básica no período de 2003 até o primeiro semestre de 2009.

Os trabalhos apresentados pelos municípios que se destacaram nos Encontros Macrorregionais e no Encontro Estadual de Saúde da Família, estão sendo publicados neste e nas próximas edições da Revista Catarinense de Saúde da Família.

GEABS/ Divisão da Saúde da Família

Paulo Goeth / SES SC



Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)

A implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tomou forma quando da formulação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994. Primeiramente existia a equipe mínima (Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS)). Em 2001, a equipe mínima foi ampliada com a inclusão dos profissionais da área de Saúde Bucal (SB), e agora, amplia-se novamente a equipe de Saúde da Família – SF, com a inclusão de novos profissionais. Trata-se nada mais, nada menos, que aumentar o poder resolutivo das equipes de SF. A busca pela integralidade de passa pela incorporação de mais profissionais na equipe de SF.

Para apoiar o avanço da implantação da APS estruturada na ESF, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada no dia 4 de março de 2008. A Portaria detalha a organização, os objetivos e o funcionamento do NASF, que se constitui em uma estratégia inovadora, cujo objetivo é ampliar e aperfeiçoar a APS realizada pelas equipes de SF. O planejamento e a execução das atividades desses profissionais fazem parte do planejamento das equipes de SF a que eles pertencem.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da Atenção Básica. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das equipes de SF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

A Portaria 154 do Ministério da Saúde, republicada em 04/03/08, define dois tipos de NASF: **O NASF 1** deve estar vinculado a, no mínimo, oito equipes de SF, e a no máximo, 20 equipes de SF. Deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional).

O NASF 2 deve estar vinculado a três equipes de SF. Poderão solicitar este tipo de NASF somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base 2007. Deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional).

Na organização e no desenvolvimento do processo de trabalho do NASF podem-se usar algumas ferramentas, já amplamente tes-

tadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular - PTS, do Projeto de Saúde no Território - PST e a Pactuação do Apoio.

Até o momento, nos municípios do Estado de Santa Catarina, foram credenciados 43 NASF 1, sendo que, destes, 24 encontram-se em pleno funcionamento. O processo de estruturação das equipes apresenta várias dificuldades, desde a viabilidade dos profissionais até o financiamento. Entretanto, o que mais se apresentou como obstáculo é a necessidade de formação de consórcios, para os pequenos municípios, pois é preciso ter no mínimo oito equipes de SF para poder implantar um NASF.

Tendo como entendimento o exposto nos parágrafos anteriores, a SES/GEABS estruturou uma proposta para a implantação de NASF nos pequenos municípios, flexibilizando alguns pontos (para apoiar os municípios que estão impossibilitados de cumprir os requisitos exigidos no Art. 5º e 6º da Portaria GM nº 154).

O financiamento do **NASF/SC** é feito com recursos próprios do Estado. Apresentada à CIB, a proposta foi aprovada através da Deliberação CIB 023 de 24/04/2009, criando o NASF – Santa Catarina. Desta forma, foi definido incentivo financeiro estadual aos NASF/SC.

A adesão dos pequenos municípios mostrou-se significativa, tendo em vista que entre maio de 2009 e fevereiro de 2010, 93 municípios credenciaram 93 NASF/SC. Isto demonstra que a proposta em implantação é viável, está sendo compreendida pelos municípios e facilmente estruturado o NASF/SC. Para o ano de 2010, a demanda por parte dos municípios inicia-se muito positiva. Em pouco tempo veremos os reflexos do aumento do poder resolutivo das equipes de SF.

As orientações constantes na Portaria do MS, da deliberação da CIB/SC e de notas técnicas, estão disponíveis no Portal da SES (www.saude.sc.gov.br) Atenção Básica/Saúde da Família/Legislação, podendo também ser solicitadas diretamente à GEABS (psfdi@saude.sc.gov.br) ou através dos telefones: (48) 3212.1690 / 3212.1691.

GEABS / Divisão de Saúde da Família

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).
- SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. Deliberação CIB Nº023, de 24 de abril de 2009.

Grupo de Gestantes

Maria Aparecida Fraga Rosa
Enfermeira

Resumo

No período da gestação, a mulher passa por mudanças, não só física, mas também ocorrem alterações psicológicas gerando assim uma série de dúvidas, medos e inseguranças. Motivo este pelo qual foi criado o Grupo de Gestantes, que tem como objetivo enfrentar essa situação, orientando a futura mamãe durante todo o seu pré-natal e puerpério. O grupo de gestantes operacionaliza atividades educativas para propiciar às gestantes a compartilharem experiências, conhecimentos, medos e dúvidas; para promover aos participantes oportunidades de conhecerem e interagirem com outras pessoas que estão passando pelo o mesmo processo, criando assim novos laços de amizade; para conhecer e entender o papel da maternidade, não só para as gestantes, mas também para os familiares, desmistificando tabus relativos à gestação, parto e puerpério, tendo como base de que o pré-natal não pode limitar-se apenas ao atendimento clínico.

Introdução/Justificativa

No ano 2000, o município de Antônio Carlos implantou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de prestação de assistência à saúde aos seus munícipes. Fazendo valer o princípio do programa de humanização no pré-natal e nascimento (portaria/GM 569, 01/06/2000) "... toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério...", em 2004 foi criado o Grupo de Gestantes, adotando assim medidas que assegurem um melhor acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, melhorando ainda mais o atendimento destas gestantes e os indicadores do município.

De acordo com o Dicionário Aurélio (2008 online), a palavra grupo significa: "... Conjunto de pessoas ou de objetos reunidos num mesmo lugar. / Conjunto de pessoas que apresentam o mesmo comportamento e a mesma atitude, e com um objetivo comum que condiciona a coesão de seus

membros: um grupo político; um grupo de trabalho; psicologia de grupo..."

Durante a gravidez a mulher sofre não apenas alterações corporais, mas também psicológicas e emocionais, pois tem que se adaptar a esta nova vivência, independente do número de filhos, cada gestação é única. Collaço (2002) afirma que o período gestacional é o mais propício para o estabelecimento de um contato cliente-profissional por haver mais tempo para se conhecer as percepções, crenças e valores sobre o processo de parir do casal, o que em síntese facilitaria a troca de informações e, se necessário, a mudança de algum padrão de cuidado.

Infelizmente muitas vezes o pré-natal fica restrito ao atendimento clínico individual, impossibilitando a gestante de expor suas dúvidas, às vezes até mesmo por vergonha de perguntar ao profissional de saúde. E no meio de um grupo onde todos estão de alguma forma vivenciando o mesmo sentimento, as pessoas sentem-se mais à vontade para expor seus sentimentos, medos, dúvidas, experiências, desmistificando tabus relativos à gestação, parto e puerpério.

Portanto, o Grupo de Gestantes é a estratégia escolhida para garantir a melhoria do acesso e da qualidade do pré-natal, do auxílio ao parto e puerpério às gestantes. Atende-se assim o princípio da humanização, receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Neste trabalho, apresenta-se as medidas traçadas com orientações essenciais sobre amamentação, nutrição, exercícios físicos, cuidados com o bebê, aspectos legais da maternidade, etc, para um pré-natal instrutivo e, conseqüentemente, um parto/puerpério tranqüilo, propiciando uma melhoria nos indicadores da atenção básica do município de Antônio Carlos.

Objetivo geral

Preparar a gestante para viver de forma tranqüila, prazerosa e consciente o período da gestação, parto, puerpério e os cuidados com o recém-nascido.



Objetivos específicos

- » Diminuir a taxa de mortalidade infantil;
- » Diminuir a taxa de mortalidade materna;
- » Enfatizar a importância do pré-natal;
- » Prevenir intercorrências para o binômio mãe-filho;
- » Promover o aleitamento materno;
- » Enfatizar os aspectos legais da maternidade;
- » Estimular o parto normal;
- » Diminuir a ansiedade com a chegada do bebê.

Desenvolvimento

Desde 2004, sempre nos dois primeiros meses do ano, é planejado o o grupo de gestantes daquele ano, montando o respectivo cronograma. São realizados encontros mensais, sendo que em cada encontro é abordado um tema diferente, como segue:

- » Alterações corporais na gestante: mudança do centro de gravidade, dores na coluna, dores na região pélvica, postura, exercício para a gestante, com um fisioterapeuta ensinando exercícios de relaxamento para a mãe durante a gestação e também a preparação para o parto;
- Nutrição da gestante, no qual a nutricionista orienta ganho ponderal, pirâmide alimentar para a gestante, carências nutricionais, excesso de peso, fracionamento da dieta, alimentos diet e light;
- » Odontologia para mamãe e para o bebê, em que um odontólogo esclarece alterações gengivais durante a gestação, higiene oral para mamãe e para o bebê;
- » Parto e puerpério ministrada por um obstetra que fala sobre sinais de trabalho de parto, parto normal e cesariano e cuidados gerais no puerpério;
- » Cuidados com o bebê, orientado por um pediatra que tranquiliza a gestante com choro, cólicas, banho, alimentação, intercorrências e medicação;
- » Massagem para bebês, com técnicas e massagens tranquilizantes para o bebê;
- » Amamentação e cuidados com a mama, importância e incentivo ao aleitamento materno, cuidados com as mamas antes e durante a amamentação, intercorrências na lactação;
- » Aspectos legais da maternidade esclarecendo para as gestantes assuntos como licença maternidade, licença amamentação, vasectomia, laqueadura;
- » Visitas a maternidades devido ao interesse das participan-

tes em conhecer a estrutura física e o funcionamento de uma maternidade, realizamos visitas anuais à Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis), conhecendo além da estrutura física, todo o roteiro desde que a gestante chega à maternidade até a alta da mesma;

O grupo conta com uma equipe multidisciplinar, onde nutricionista e fisioterapeuta são convidados (não são funcionários do município), o pediatra, farmacêutica, ginecologista, odontólogo e enfermeira fazem parte do quadro de funcionário, além da equipe saúde da família da unidade de saúde.

A divulgação dos encontros acontece na unidade de saúde através de cartazes com cronogramas, durante as consultas de pré-natal, através das agentes comunitários de saúde e no site do município. Participam gestantes de todos os períodos gestacionais, algumas poucas gestantes vêm acompanhadas por seus filhos, companheiros ou outros familiares. Normalmente, a participação varia entre oito e doze gestantes (26% do total de gestantes no município em 2009), e cada uma delas recebe um kit para utilizar com o seu bebê (anexo), no último trimestre de gestação.

Resultados

Com a vivência nos grupos, verificou-se que a maioria das gestantes é inexperiente, com muitas dúvidas, o que gera grande ansiedade. Isto se deve ao fato de um grande número ser primigesta, ou seja, mulher que tem a sua primeira gestação. Ressalta-se que há uma pequena participação dos futuros pais nos encontros, embora seja reforçada a importância da participação deles. Acredita-se que isto ocorra devido à cultura das famílias, que ainda tem muito presente valores e crenças do passado,



onde a mulher concebia seus filhos em casa, sem nenhum tipo de orientação e participação do companheiro. Logo, eles ainda vêem o grupo de gestante como algo exclusivo para mulher, e que não fazem parte deste processo da vida. Desta forma, ainda não se conseguiu a adesão dos pais nestes encontros.

Percebe-se, também, que a diversidade de idades gestacionais entre as participantes propiciou uma significativa troca de experiências, que resultaram na diminuição da ansiedade, no aumento da segurança quanto a esta fase da vida, na elucidação de dúvidas pela vivência das colegas com gestação

avançada. Logo, o período do parto e puerpério ocorrem mais tranquilamente, sem muitas dúvidas e questionamentos, tornando este momento uma experiência serena e prazerosa.

Durante o ano de 2009, a frequência das gestantes no grupo foi de 26% do total de gestantes do município (fonte SIAB). O índice de desistência é baixo, visto que as participantes mesmo em número reduzido (26%) são assíduas aos encontros.

Observamos que, com a realização do Grupo de Gestantes, houve um aumento no número de consultas de pré-natal, como se vê no quadro abaixo.

Quadro 1: Frequência de consultas de pré-natal em Antônio Carlos/ SC, de 2004-09

Ano do Nascimento	1-3 consultas (%)	4-6 consultas (%)	7 e + (%)	Não informado (%)	Ignorado (%)	Total
2004	3,49	20,93	70,93	2,33	2,33	100,00
2005	1,28	19,23	75,64	2,56	1,28	100,00
2006	2,30	32,18	63,22	2,30	0,00	100,00
2007	2,67	25,33	69,33	0,00	2,67	100,00
2008	1,06	17,02	80,85	0,00	1,06	100,00
2009	1,64	13,11	83,61	1,64	0,00	100,00

Fonte: Siab/Datasus

É importante salientar que o município de Antônio Carlos possui um baixo índice de mortalidade infantil (menor de 1 ano). Verificou-se que, após a criação do Grupo de Gestantes,

no período 2004 a 2009 diminuiu o número de óbitos em menores de 1 ano, em relação ao período anterior (1998 a 2003), conforme os quadros a seguir.

Quadro 2: Número de óbitos infantis em Antônio Carlos/ SC, de 1998 a 2003

Antes do Grupo	
Ano do Óbito	Total
1998	0
1999	1
2000	1
2001	1
2002	1
2003	2
TOTAL	6

Fonte: Datasus/ tabnet

Desde a implantação do Grupo de Gestantes, não houve casos de mortalidade materna no município. Até o momento, constata-se um crescimento dos partos cesarianos. A expectativa de diminuição não se confirma. Como são muitas as variáveis que influenciam na decisão do parto cesariano, a equipe

Quadro 3: Número de óbitos infantis em Antônio Carlos/ SC, de 2004 a 2009

Antes do Grupo	
Ano do Óbito	Total
2004	0
2005	1
2006	0
2007	1
2008	0
2009	1
TOTAL	3

Fonte: Datasus/ tabnet

está organizando um protocolo para estudar a situação.

Destaca-se, também, dois relatos: o da palestrante Regina Julieta Navarro de Almeida e o de uma gestante participante do grupo, descrevendo a importância do Grupo de Gestantes.



“... É fundamental, pois nem todas as gestantes têm acesso a determinados assuntos, os quais são discutidos no Grupo. É importante a interação do grupo, convívio com pessoas diferentes. ...”(Regina Julieta Navarro de Almeida)

“... É muito bom, pois assim fico mais segura para chegada do meu bebê. Eu tinha muitas dúvidas sobre a gravidez.” (gestante).



Outras variáveis relacionadas com os objetivos específicos serão analisadas e, assim, identificadas e superadas as dificuldades que apareçam no desenvolvimento do trabalho assistencial.

Considerações finais

A gravidez é um período de constantes modificações na vida da mulher grávida e dos que a cercam, pois gera necessidade de adaptação às novas condições de mãe, pai, irmão, etc. Por isto, as pessoas envolvidas buscam maneiras de minimizar ansiedades, fantasias e medos em relação ao processo de nascimento.

Com a implantação do grupo de gestantes, observou-se que se intensificaram as potencialidades das gestantes e dos familiares envolvidos, pois desta forma resgatam os seus pa-

péis de sujeitos no processo do parto, pós-parto e nos cuidados com o bebê, dando-lhes mais autonomia. Hoje, nota-se como é essencial a realização do grupo de gestantes para a comunidade, tendo grande repercussão na transformação de comportamentos e condutas e na melhoria das condições de vida da população possibilitando a construção de um futuro ainda melhor.

REFERÊNCIAS

Collaço, V.S. Parto vertical: Vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

Dicionário Aurélio

Ministério da Saúde portaria/GM 569, 01/06/2000

Revista Corpo e Beleza – Massagem, edição especial nº 16

O QUE LEVAR PARA A MATERNIDADE

USO PESSOAL:

02 pacotes absorvente tamanho noturno; 01 toalha de banho e de rosto; 02 sutiãs de alça larga; 05 calcinhas; 02 camisolas ou pijamas abertos na frente, ou de fácil abertura; 01 muda de roupa para sair da maternidade; 01 par de chinelos; escova de dente; creme dental; desodorante; sabonete; xampu; pente.

USO DO BEBÊ:

04 macacões compridos; 03 jogos de camiseta tipo pagão; 02 casaquinhos de lã (se for inverno); 02 dúzias de fraldas descartáveis, ou de pano; 01 manta; 01 cobertor (se for inverno); 06 fraldas de pano para auxiliar na amamentação; 02 sapatinhos; 02 meias; lenços umedecidos ou fraldas de pano para limpeza da região das fraldas.

CURATIVO UMBILICAL

Deve ser feito pelo menos 3 vezes ao dia com álcool a 70%, tomando o cuidado de lavar bem as mãos antes e após tocar o bebê. É importante elevar o coto suavemente de modo que o álcool atinja a base do coto também. Em seguida, cobrir com gaze esterilizada. O coto umbilical começa a secar e cai de 7 a 10 dias, aproximadamente.

TESTE DO PEZINHO

É feito através da coleta de sangue do calcanhar do bebê. Serve para identificar doenças precocemente, como hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e outras doenças metabólicas e assim instituir o tratamento o mais rapidamente possível, evitando sequelas ou retardo mental. Deve ser realizado preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida, o ideal é que seja feito no 3º dia. O teste pode ser realizado gratuitamente nos postos de saúde.

VACINAS

A caderneta de saúde da criança, que é entregue na maternidade ao nascimento, traz o esquema básico do 1º ano de idade, assim como as doses de reforço.

O esquema de vacinação deve ser iniciado já ao nascer com as vacinas para hepatite B e BCG (contra tuberculose).

CONSULTA AO PEDIATRA

A primeira consulta é feita com 7 a 15 dias de vida. Ela pode ser antecipada conforme a necessidade, por recomendação quando da alta da maternidade ou por qualquer intercorrência.

MAMÃE E PAPAÍ Esperamos que estas dicas quanto aos cuidados com o bebê recém-nascido sejam de grande valia para vocês!

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTÔNIO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



Benefícios da Amamentação

PARA O BEBÊ

- Previne contra a desnutrição.
- Diminui em 17 vezes o risco de ter diarreia.
- A pneumonia tem 4 vezes menos chance de aparecer.
- Desempenho psicomotor e inteligência aperfeiçoada.
- Afetividade maior com a mãe.
- Redução dos problemas alérgicos.
- Prevenção primária da violência.
- Supre as necessidades nutricionais.

PARA MÃE

- Protege contra o câncer de mama e ovário.
- Protege contra hemorragias e anemia.
- O útero volta mais rápido à posição normal.
- Perda de peso.
- Fortalece a auto-estima.
- Economia.

ATÉ QUANDO AMAMENTAR O BEBÊ?

A amamentação deve ser exclusivamente no peito até o 6º mês de vida do bebê. Após esse período, deve-se continuar a amamentação no peito aliado a outros alimentos, se

possível até os dois anos de idade.

DAR DE MAMAR É MUITO IMPORTANTE!

O leite da mãe tem tudo que o bebê precisa e na quantidade certa! O bebê que mama no peito não precisa nem de água, nos seis primeiros meses de vida! O leite materno protege o bebê contra várias doenças, não custa nada e é prático. O leite da mãe sempre está na temperatura certa, e pode ser dado ao bebê em qualquer lugar.

DEZ PASSOS PARA O ALEITAMENTO MATERNO

1. Lembre que não existe leite fraco.
2. Saiba que quanto mais o bebê mama, mais leite você produz.
3. Coloque o bebê na posição correta para mamar.
4. Cuide adequadamente das mamas.
5. Retire leite quando for necessário (ordenha).
6. Nunca use bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras.
7. Tome líquido, alimente-se e descanse sempre que possível.
8. Só tome medicamentos com ordem médica.
9. Continue a amamentação se possível até 2 anos de idade.
10. Conheça os direitos da mãe trabalhadora.



Saúde Bucal em casa: trabalhando com os Agentes Comunitários de Saúde

Deniz Faccin
Cirurgião Dentista

Grace Kelly Russi
ASB

Ana Paula Petry
Enfermeira

Francisco José de Barba
Médico

Carla Ramos
Pediatra

Angelita I. J. de Cesare
Téc.Enf.

Sônia Ap. da Silva
Téc.Enf.

Cecília Schmitt
ACS

Beatriz Rosa
ACS

Maria de Lurdes Gonçalves
ACS

Vito Tonet
ACS

Arnaldo Goedert
ACS

Fernanda Regina dos Santos
ACS

Nísia Aparecida Vaz
ACS

Ana Maria da Silva Alves
ACS

Maria Salete F. Smialovsky
ACS

Rozi Meri Merlo Gonçalves
ACS

Venina Ap. da Silva Gehrhe
ACS

Resumo

O Projeto Saúde Bucal em Casa, realizado no município de Gaspar (SC), surgiu através do trabalho da Equipe de Saúde Bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tem como foco a saúde bucal de crianças de 0-10 anos, sendo que as ações estão direcionadas principalmente aos pais e cuidadores, no espaço do domicílio. Apresenta três eixos: capacitação técnica dos ACS, visitas domiciliares e educação permanente. O projeto procura incorporar às suas ações os princípios do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. As principais dificuldades encontradas foram o contexto de trabalho dos ACS e a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico. Como resultados, a equipe percebe uma maior valorização da saúde bucal e maior preocupação dos pais em relação aos cuidados com a criança. Apesar dos avanços, continua sendo um desafio sensibilizar os pais quanto à importância da saúde bucal para o desenvolvimento saudável da criança.

Introdução

O Projeto Saúde Bucal em Casa iniciou em fevereiro de 2009 na Unidade de Saúde Jaime de Souza, localizada no Bairro Santa Terezinha, município de Gaspar (SC). O Projeto visa ampliar o acesso às ações de saúde bucal, levando-as para o espaço do domicílio e envolvendo o núcleo familiar. Tem como foco a saúde bucal de crianças de 0 a 10 anos, sendo que as ações estão dire-

cionadas principalmente aos seus pais e cuidadores.

De acordo com levantamento epidemiológico realizado no ano de 2003, quase 27% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Este índice aumenta para 60% nas crianças de 5 anos de idade. Na dentição permanente, cerca de 70% das crianças de 12 anos e 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie.¹

Esses dados não representam meramente números sobre o comprometimento ou a perda de elementos dentários. Na prática, traduzem-se em uma série de implicações na qualidade de vida da população. Representam a dor de dente, o receio de sorrir devido ao comprometimento estético, a dificuldade de mastigar os alimentos e a necessidade de tratamentos caros e complexos. Estes, por sua vez, podem levar à dificuldade de relacionamento interpessoal, à baixa auto-estima e a problemas nutricionais, dentre outros.

Por muitos anos, o perfil da prática odontológica caracterizou-se pela realização de ações clínicas e ações preventivas direcionadas a escolares, que se revelaram insuficientes para responder aos problemas de saúde bucal da população². Hoje, com a inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e ainda à luz de concepções como a promoção da saúde, a produção social da saúde³ e a integralidade, a Odontologia passa



por um processo de reestruturação de práticas, ampliando seu foco de intervenção para responder às múltiplas dimensões que determinam ou condicionam as doenças bucais.

A ESF é a estratégia prioritária para a reorganização dos serviços de atenção básica no Brasil. De acordo com a Portaria nº 648/GM⁴, seus princípios incluem: a integralidade da atenção, a atuação no território, o desenvolvimento de ações dirigidas aos problemas locais de saúde, a longitudinalidade do cuidado e o foco na família e comunidade. A Portaria também estabelece como características do processo de trabalho: a prática do cuidado familiar ampliado, visando propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; e o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

Estas características, especialmente a integralidade da atenção, o trabalho interdisciplinar e a ênfase nas ações preventivas e de promoção de saúde, divergem das características da prática odontológica hegemônica, caracterizada pela pouca interação do dentista com outros profissionais e centrada no espaço do consultório. Apesar da inserção da Odontologia na ESF, os avanços visando o trabalho em equipe, bem como a incorporação dos princípios da ESF ao processo de trabalho, ainda têm acontecido de forma lenta. Isso pode ser atribuído tanto ao processo histórico de inserção quanto à formação e perfil tradicional de atuação do dentista.²

Mesmo com estas dificuldades, a inclusão na ESF trouxe novos conceitos e possibilidades para a atuação dos profissionais de Odontologia na saúde pública. Assim, a Odontologia passa a atuar em diferentes espaços, e não somente nas Unidades de Saúde; procura atuar também na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e não somente na assistência; procura integrar-se a outras áreas de conhecimento, outros profissionais e outros setores, e não mais trabalha isoladamente. É nessa perspectiva que se desenvolve o Projeto Saúde Bucal em Casa, levando as ações de saúde bucal para o domicílio através do trabalho integrado de vários profissionais, em especial os ACS.

O ACS atua, reconhecidamente, como um elo entre as Unidades de Saúde e a população. A Portaria nº 648/GM⁴ estabelece como funções do ACS: desenvolver ações que integrem a equipe e a população, desenvolver ações educativas visando à promoção de saúde e prevenção de doenças e acompanhar as pessoas de sua microárea, dentre outras. De acordo com o Caderno de Saúde Bucal do Ministério da Saúde⁵, o ACS tem papel rele-

vante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a Equipe de Saúde Bucal orientar o seu trabalho. Assim, as atividades educativas em saúde bucal devem ser incluídas na rotina do trabalho dos ACS, bem como da Equipe de Saúde da Família.

O Projeto Saúde Bucal em Casa foi criado com base no trabalho integrado da Equipe de Saúde Bucal e dos ACS, envolvendo posteriormente os demais profissionais da equipe. Organiza-se em três eixos de ações: as ações de capacitação técnica; as visitas domiciliares propriamente ditas; e as ações de educação permanente, monitoramento e avaliação das visitas. Integram-se, também, a outras ações da Equipe de Saúde Bucal, especialmente a consulta programática de orientação e as atividades em parceria com a Educação.

A Unidade onde é realizado o Projeto conta com uma Equipe de Saúde da Família (1 enfermeira, 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem, 11 ACS), uma Equipe de Saúde Bucal (1 cirurgião dentista, 1 auxiliar de consultório dentário) e uma pediatra, com carga horária de 8 horas semanais. O território de abrangência da Unidade possui aproximadamente 7150 habitantes, distribuídos em 2050 famílias. Destas, cerca de 810 correspondem ao público alvo do Projeto, ou seja, famílias com crianças de 0 a 10 anos.

Justificativa

O Projeto Saúde Bucal em Casa surgiu a partir do diagnóstico da realidade local, construído a partir de informações obtidas em diferentes momentos e espaços do território de abrangência: nas consultas individuais, nas atividades educativas em escolas, nas visitas domiciliares, nas reuniões de equipe e na própria sala de espera da Unidade de Saúde. Embora o município ainda não tenha dados epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal da população, as informações coletadas no dia-a-dia possibilitaram à equipe fazer um diagnóstico situacional.

Uma das informações que permitiram este diagnóstico foi a grande procura por atendimento clínico devido à dor, em idade precoce. Nesta situação, a criança de 4 ou 5 anos é trazida pela primeira vez ao dentista, devido à dor de dente, e apresentando vários problemas de saúde bucal associados. Uma das principais justificativas do Projeto é, portanto, a necessidade de inverter este quadro, através de ações de educação em saúde que estimulem o cuidado com a saúde bucal e acompanhamento pela Unidade de Saúde desde os primeiros meses de vida.

Além do atendimento odontológico clínico, o diagnóstico das condições de saúde bucal também foi possível através de outras atividades, como as ações coletivas em escolas, as campanhas de vacinação e as consultas médicas. Muito além de dentes a serem restaurados, os problemas de saúde bucal observados se traduzem em problemas estéticos e funcionais, quadros de dor e infecção que impedem a criança de dormir bem, brincar, se concentrar nas aulas e se alimentar adequadamente, o que certamente traz prejuízos ao seu desenvolvimento.

O Projeto Saúde Bucal em Casa também procura responder a uma das principais limitações no trabalho preventivo desenvolvido nas escolas: a dificuldade de envolver a família nos cuidados com a saúde bucal. Mesmo que a criança esteja ciente da importância destes cuidados, até cerca de 8 anos ainda não possui autonomia para desempenhá-los e, portanto, precisa do auxílio dos pais ou familiares. A realidade tem nos mostrado que, em muitas famílias, a partir do momento em que a criança toma a iniciativa de escovar os dentes sozinha, por volta dos 3 ou 4 anos, este ato fica automaticamente sob sua responsabilidade.

Outro aspecto importante percebido pela equipe é o nível de informação das famílias sobre saúde bucal. Este aspecto se expressa de diversas formas: o entendimento dos pais de que a cárie é um processo natural da infância, o desconhecimento sobre a necessidade de cuidados com a saúde bucal nos primeiros meses de vida, a responsabilização das crianças por seus problemas bucais e a reprodução freqüente de uma série de mitos sobre as doenças bucais. Este trabalho é fundamental, portanto, como forma de ampliar o acesso da família à informação, estimulando o cuidado com a saúde bucal desde os primeiros meses de vida da criança e promovendo, assim, um desenvolvimento saudável.

Objetivos

Objetivo geral:

- Desenvolver ações de educação em saúde dirigidas às famílias, visando promover a saúde bucal na faixa etária de 0 a 10 anos.

Objetivos específicos:

- Ampliar o acesso às informações sobre os cuidados com a saúde bucal;
- Orientar pais e cuidadores de crianças de 0 a 10 anos so-

bre as medidas de prevenção das principais doenças bucais, fortalecendo sua autonomia no controle do processo saúde-doença;

- Motivar pais, cuidadores e crianças de 0 a 10 anos a adotarem as medidas de prevenção das principais doenças bucais;
- Sensibilizar pais e familiares quanto à importância da saúde bucal para o desenvolvimento saudável e a qualidade de vida, destacando sua responsabilidade nos cuidados com a saúde bucal da criança;
- Realizar o acompanhamento das famílias com crianças de 0 a 10 anos;
- Incentivar os pais a participarem da consulta programática de orientação, para crianças de 0 a 3 anos;
- Prover capacitação técnica sobre saúde bucal para os Agentes Comunitários de Saúde;
- Desenvolver ações de educação permanente, visando aprimorar constantemente as ações do Projeto Saúde Bucal em Casa.

Desenvolvimento

O Projeto Saúde Bucal em Casa apresenta três eixos de ações: as ações de capacitação técnica dos ACS; as visitas domiciliares propriamente ditas; e as ações de educação permanente, monitoramento e avaliação das visitas. Também são discutidas, a seguir, outras ações de saúde integradas ao Projeto e o manejo das dificuldades encontradas durante o trabalho.

1. Capacitação Técnica dos ACS

A capacitação teve como objetivo aprimorar o conhecimento técnico do ACS sobre saúde bucal e educação em saúde, para que este pudesse realizar as visitas domiciliares conforme será descrito adiante.

Os principais temas trabalhados nos encontros foram: anatomia dentária; dentições decídua e permanente; importância da dentição decídua para o desenvolvimento da criança; etiologia e patogenia da cárie e das doenças gengivais; aleitamento materno; hábitos bucais nocivos; traumatismo dentário; uso do flúor; saúde bucal e hábitos familiares; saúde bucal e qualidade de vida; alimentação saudável; higiene oral: orientações específicas para cada fase da infância; e educação em saúde.

A **capacitação teórica** ocorreu em quatro encontros de aproximadamente 3 horas de duração. A dinâmica dos encontros buscou incentivar a participação dos ACS através do diá-

logo, análise de vivências, discussão de situações-problema e uso de recursos áudio-visuais. Ao término de cada encontro, o grupo realizou uma avaliação. Os ACS receberam material de apoio sobre os temas discutidos. Serão realizados novos encontros de capacitação de acordo com as necessidades identificadas durante o trabalho.

A **capacitação prática** está sendo realizada através da participação dos ACS em atividades coletivas, especialmente em creches e escolas, e também no consultório odontológico. O objetivo é que os ACS tenham noções básicas sobre as dentições e saibam demonstrar, na prática, as técnicas de higiene oral.

2. Visitas Domiciliares

O Projeto Saúde Bucal em Casa prevê dois tipos de visitas realizadas pelo ACS: a visita programática e a visita de acompanhamento.

A **visita programática** é um momento destinado exclusivamente à educação em saúde bucal. A visita é direcionada a pais e cuidadores de crianças de 0 a 10 anos. Também pode envolver a criança, especialmente no caso de demonstração das técnicas de higiene oral.

A visita programática é orientada por um roteiro com cinco questões abertas, criado para auxiliar o ACS no diálogo com os pais. Cada uma das questões objetiva iniciar o diálogo a respeito de determinado tema. Este roteiro foi discutido previamente, nos encontros de capacitação. Também é distribuído, nas visitas, material informativo sobre os cuidados com a saúde bucal.

As visitas programáticas são registradas em formulário próprio, a fim de permitir o monitoramento. Durante a fase de capacitação técnica, a Equipe de Saúde Bucal e os ACS estabeleceram a meta de 2 visitas programáticas por semana.

A **visita de acompanhamento**, por sua vez, ocorre durante as visitas de rotina do ACS e tem finalidades mais pontuais, direcionadas à situação de determinada criança ou família. Exemplos: reforçar alguma orientação que o ACS perceba que não foi bem compreendida; reforçar orientações dadas em consultas individuais; incentivar e orientar a família, em caso de abandono de tratamento; verificar a situação da criança, quando a Equipe de Saúde Bucal realiza encaminhamentos a outros serviços; intensificar o acompanhamento quando são identificadas deficiências no cuidado com a saúde bucal

da criança; divulgar atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde.

3. Educação permanente, monitoramento e avaliação:

De acordo com o conceito de **educação permanente**, o processo de educação dos trabalhadores da saúde deve partir da problematização do processo de trabalho e integrar-se ao mesmo, considerando ainda que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.⁶

É visando à efetiva transformação das práticas profissionais que o Projeto Saúde Bucal em Casa inclui ações de educação permanente, uma vez que somente a capacitação técnica não reflete, automaticamente, em mudanças no processo de trabalho. As ações de educação permanente ocorrem tanto nas reuniões mensais da equipe quanto no dia-a-dia, considerando que toda a equipe mostra-se disponível para tal. Consistem em discutir as situações, dúvidas e dificuldades surgidas nas visitas domiciliares, revisar informações, motivar os profissionais e avaliar as visitas.

O Projeto Saúde Bucal em Casa tem facilitado a inserção da saúde bucal nas reuniões mensais de equipe, promovendo uma discussão integrada entre os profissionais sobre o acompanhamento das famílias. Problemas detectados em determinada família pelo médico ou pela enfermeira, por exemplo, podem ter influência significativa nos cuidados com a saúde bucal da criança, e uma intervenção coordenada é mais resolutive que a ação fragmentada de diversos profissionais.

O **monitoramento** da produção das visitas domiciliares programáticas também ocorre nas reuniões mensais, através do formulário de registro de visitas, juntamente com o monitoramento de outras informações, realizado pela enfermeira coordenadora.

A **avaliação** foi iniciada a partir da necessidade de aperfeiçoar as visitas domiciliares e motivar os ACS. Ocorre quando são realizadas visitas em dupla ou na forma de auto-avaliação, de acordo com os seguintes critérios: apresentação, domínio do conteúdo, clareza das explicações e empatia.

4. Integração com outras ações de saúde bucal

O objetivo de promover saúde bucal na infância também é base para outras ações, promovidas pela equipe e integradas com o Projeto Saúde Bucal em Casa, conforme descrito a seguir.

a) Consulta programática de orientação:

É direcionada a pais e cuidadores de crianças de 0 a 3 anos. Nesta consulta, o dentista realiza o exame clínico da criança e faz as orientações sobre os primeiros cuidados com a saúde bucal. Através do Projeto Saúde Bucal em Casa, os ACS divulgam e incentivam os pais a participarem desta consulta, além de reforçarem as informações sobre os cuidados. Esta consulta também está integrada ao Projeto “O Pediatra na Estratégia de Saúde da Família”, que prevê como uma das ações o atendimento dos recém-nascidos pela pediatra que atua na Unidade. Nesta consulta, a pediatra encaminha a criança para a primeira consulta odontológica, sensibilizando os pais em relação à importância da mesma.

b) Programa para os Escolares:

Consiste em atividades realizadas nas escolas da área de abrangência, em turmas de 1º ano a 4ª série, o que corresponde às crianças com idade entre 6 e 10 anos. O Programa para os Escolares prevê ações preventivas, como escovação supervisionada e aplicação de flúor, e ações de educação em saúde, realizadas em parceria com os professores. O Projeto Saúde Bucal em Casa soma-se a estas atividades preenchendo uma importante lacuna do trabalho em escolas: a dificuldade de envolver a família nos cuidados com a saúde bucal da criança.

5. Dificuldades

O manejo das dificuldades foi, sem dúvida, um dos elementos mais enriquecedores deste trabalho. Já nos primeiros passos do Projeto, foi possível constatar a insuficiência da capacitação técnica, isoladamente, no sentido de gerar mudanças consistentes no processo de trabalho.

A primeira dificuldade encontrada foi o contexto de trabalho dos ACS, profissional sobre o qual incidem grande parte das queixas da população, cobranças em relação à produtividade, além de sucessivas capacitações e acúmulo de responsabilidades. A inserção de novas atividades na rotina dos ACS teve de ser um processo cuidadoso.

Algumas queixas da população dificultaram significativamente o início do Projeto. De acordo com o relato dos ACS, a

forma de acesso às consultas médicas e odontológicas, decorrente da grande população da área de abrangência, é um fator que interfere na receptividade das famílias em relação às visitas domiciliares. Assim, a dificuldade de obter uma consulta odontológica pode refletir no desinteresse da família em relação às orientações de saúde bucal. Outro fator importante é que algumas famílias não compreendem o papel do ACS e, desta forma, não mostram disponibilidade para receber o profissional.

Em princípio, a Equipe de Saúde Bucal precisou ser cautelosa em relação a cobranças por produção. Houve um esforço no sentido de desenvolver um trabalho efetivamente integrado, evitando simplesmente delegar tarefas aos ACS. Frequentemente, os ACS buscaram formas de transferir a responsabilidade pelos problemas de saúde bucal somente para a Equipe de Saúde Bucal, atribuindo-lhes soluções como o trabalho nas escolas ou o aumento do número de consultas individuais. Tem-se realizado um trabalho constante com a finalidade de mostrar que os problemas de saúde bucal não se resolvem com ações ou projetos isolados, mas sim integrando esforços de todos os profissionais da equipe.

Ainda em relação às consultas individuais, é recorrente a ideia de que o tratamento restaurador tem papel central na resolução dos problemas de saúde bucal. Isso se expressa especialmente durante a discussão sobre os problemas de saúde bucal, em que os ACS tendem a sugerir ações exclusivamente clínicas, como “completar o tratamento de todas as crianças por micro-área”; e também nas visitas domiciliares, que algumas vezes se resumiam a motivar as famílias a procurarem atendimento clínico. A preocupação com a resolução clínica imediata dos problemas dentários das crianças é reflexo, possivelmente, do próprio perfil tradicional de atuação da Odontologia, centrado em ações curativas. A Equipe de Saúde Bucal tem persistido na mudança desta concepção, procurando resgatar a importância do papel dos ACS na educação em saúde, entendendo que procedimentos restauradores não representam a resolução definitiva dos problemas de saúde bucal, uma vez que as doenças reincidentem quando não se adotam os cuidados adequados.

Os ACS relatam que em algumas famílias, mesmo quando são bem recebidos, não há interesse nas orientações sobre saúde bucal, sob a justificativa de que os dentes decíduos não precisam de “tantos” cuidados, uma vez que irão dar lugar aos



permanentes. Na Unidade de Saúde, observa-se também que alguns pais trazem a criança para resolver problemas simples relativos à troca de dentições (por exemplo, um “dente de leite que está demorando a cair”), enquanto os demais dentes acometidos por cárie e com sinais de infecção não causam maior preocupação. Muitas vezes, este tipo de situação causa a desmotivação dos próprios profissionais. Assim, outra grande dificuldade tem sido manter a motivação da equipe, trabalhando a compreensão de que são justamente estas famílias que requerem uma maior atenção dos profissionais.

De acordo com o relato dos ACS, a falta de motivação e até a falta de cobranças trouxeram prejuízos à qualidade das visitas domiciliares. Este fato trouxe a necessidade de resgatar junto aos ACS os objetivos e a importância do Projeto. Além disso, também foi iniciado o processo de avaliação como descrito anteriormente. A Equipe de Saúde Bucal propôs a realização de visitas em dupla, sendo uma visita sob coordenação de cada ACS. Nesta atividade, o coordenador conduziria a visita domiciliar enquanto sua dupla faria a avaliação e auxiliaria nas orientações. Na reunião seguinte, cada ACS avaliou a visita de seu colega e ficaram estabelecidos os quatro critérios de avaliação: apresentação, domínio do conteúdo, clareza das explicações e empatia.

Uma dificuldade relatada pelos ACS, em relação à visita domiciliar propriamente dita, é a falta de materiais didáticos para facilitar as explicações e a sensibilização dos pais. A partir desta dificuldade, estão sendo criados álbuns com fotografias, a fim de serem utilizados como recurso auxiliar no diálogo com os pais. O aprimoramento do Projeto Saúde Bucal em Casa a partir das dificuldades mostrou à equipe que, além do conhecimento técnico, as transformações no processo de trabalho dependem da dimensão subjetiva dos profissionais, que possuem sua história, seus valores, seus conhecimentos e suas motivações. Assim sendo, o processo de trabalho gera pequenos problemas e conflitos que precisam ser contornados, e da mesma forma gera experiências positivas que precisam ser reconhecidas e reforçadas.

Resultados

Embora venha sendo desenvolvido há poucos meses, o Projeto Saúde Bucal em Casa já começa a mostrar seus primeiros resultados. Até o mês de dezembro, foram realizadas 240 visitas domiciliares programáticas, o que representa uma

cobertura de 30% das famílias com crianças de 0 a 10 anos. Destaca-se que algumas mudanças observadas não podem ser atribuídas exclusivamente ao Projeto, mas sim a várias ações integradas desenvolvidas pela equipe.

As primeiras mudanças podem ser observadas nos próprios profissionais da equipe, que estão mais atentos às questões de saúde bucal e procuram incorporá-las à sua prática. O encaminhamento para a consulta programática de orientação e a sensibilização dos pais, por exemplo, passaram a fazer parte do trabalho de todos os profissionais da equipe. A discussão sobre o Projeto nas reuniões de equipe também integrou os profissionais em torno dos problemas de saúde bucal, que antes ficavam mais restritos à Odontologia.

O fato de os ACS perceberem-se como parte de um projeto comum contribuiu para a valorização do seu trabalho. Os ACS têm compreendido, também, a importância de somar esforços e integrar diferentes ações para trabalhar com os problemas de saúde bucal da população.

Esta “atuação em várias frentes”, além de fortalecer as ações da equipe, criou uma associação positiva em relação aos profissionais de saúde e à Odontologia, vinculando o atendimento odontológico à idéia de saúde. Isso tem sido particularmente importante em dois aspectos: houve um aumento na procura por consulta odontológica antes da ocorrência da dor, o que demonstra uma preocupação com o cuidado ainda quando não há danos, ou os danos são restritos e mais facilmente tratados; e o condicionamento da criança fica significativamente mais fácil, mesmo quando esta necessita de alguma intervenção clínica mais invasiva.

O trabalho com os ACS tem representado um importante avanço para as ações de saúde bucal, considerando que a relação de proximidade do ACS com as famílias abre caminhos para as ações de educação em saúde. Percebe-se que, aos poucos, o Projeto Saúde Bucal em Casa tem despertado o interesse das famílias pelas informações, pelos cuidados com a saúde bucal e o tratamento odontológico. Este interesse, que começa em torno da saúde bucal da criança, frequentemente acaba se estendendo aos demais membros da família.

Observa-se que, nas famílias que já receberam a visita programática, os pais demonstram ter um nível maior de conhecimento sobre saúde bucal. Este conhecimento prévio, resultado do trabalho dos ACS, tem reforçado e facilitado as orientações nas consultas individuais. Durante as consultas,

pais ou familiares relatam que observaram mudanças nos hábitos da criança, embora, como já mencionado, este resultado não possa ser atribuído somente ao Projeto isoladamente, mas à soma das ações.

O Projeto Saúde Bucal em Casa tem promovido o fortalecimento do vínculo com a população e favorecido a longitudinalidade do cuidado, permitindo um melhor acompanhamento das famílias da área de abrangência. De forma geral, percebe-se que o Projeto e as demais ações integradas têm obtido, gradualmente, a valorização do cuidado com a saúde bucal.

Considerações finais

O Projeto Saúde Bucal em Casa procura incorporar às suas ações os princípios e as características do processo de trabalho na Atenção Básica e na ESF, tais como o vínculo, a longitudinalidade do cuidado, a atuação no núcleo familiar, a educação em saúde e o trabalho em equipe.

Um dos aspectos mais relevantes do trabalho tem sido as ações de educação permanente. A equipe acredita que, independentemente do tema, prover capacitação técnica aos profissionais, sem incluir no planejamento ações de educação permanente, tem um impacto muito limitado sobre a transformação das práticas. Lidar com dificuldades do dia a dia, discutir situações, revisar informações, motivar os profissionais, dentre outras ações, são fundamentais para a qualidade do trabalho da equipe. Além disso, o planejamento das ações deve ser flexível, respondendo às demandas imprevistas, adaptando-se e aprimorando-se frente às dificuldades encontradas no percurso.

Apesar de recente, o Projeto Saúde Bucal em Casa já mostra resultados significativos. Durante as visitas domiciliares, as consultas individuais, as atividades coletivas e na própria sala de espera, a equipe percebe uma maior valorização da saúde bucal e uma maior preocupação dos pais em relação aos cuidados com a criança. O aumento da procura pelas consultas programáticas de orientação é um exemplo desta mudança. O acompanhamento da criança e o acesso à informação em idade precoce é um importante avanço trazido pelo Projeto. Anteriormente, o acesso da criança às ações de saúde bucal geralmente acontecia no momento em que a criança apresentasse dor ou alguma necessidade evidente de intervenção clínica. O Projeto também tem possibilitado avanços no sentido de rom-

per com o perfil tradicional de atuação da Odontologia, centrado na clínica, pois dá ênfase à educação em saúde e promove uma efetiva integração da Equipe de Saúde Bucal com os demais profissionais.

De forma geral, a receptividade da população ao Projeto é positiva, embora às vezes seja influenciada pela dificuldade de acesso ao tratamento curativo, tendo em vista o grande número de famílias na área de abrangência. Apesar dos avanços em termos de ampliação do acesso à informação, continua sendo um desafio sensibilizar os pais quanto à importância dos cuidados com a saúde bucal para o desenvolvimento saudável da criança. A equipe entende que esta sensibilização é resultado de um esforço lento e gradual e, portanto, continuará sendo foco de um trabalho permanente.

Após consolidado o trabalho nas famílias com crianças de 0 a 10 anos, pretende-se estender o Projeto Saúde Bucal em Casa para os demais ciclos de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: MS; 2004.
- 2 Faccin D et al. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Rev C S Col [periódico na internet]*, 2007. [Citado em agosto de 2009].
- 3 Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 233-97.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria N° 648/GM*, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União. Brasília: MS; 2006.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica - N. 17: Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2006.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: MS; 2009.



Construindo uma dentição saudável

Luciano Abatti
Odontólogo

Marilene Locatelli
ACD

Wylson Rossoni Filho
Médico

Zelma Dlaiti Locatelli
Enfermeira

Inês Valandro
Téc. Enfermagem

Izelde Bernardo
Téc. Enfermagem

Marilgia Locatelli
Téc. Enfermagem

Lucira Nichetti
ACS

Eivaldo Monteiro
ACS

Arvori Conterratto
ACS

Marizete Scopel
ACS

Nerci de Cândido
ACS

Ana Paula Marasckim
ACS

Introdução

A Vila Jupiá (nome indígena – quer dizer redemoinho d'água) passou à categoria de distrito no dia 16 de agosto de 1958, sempre com significativa representação política. Em 19 de julho de 1995, Jupiá foi emancipado politicamente tendo o seu território desmembrado de Galvão. A Lei nº 9.890 de 19 de julho de 1995 criou oficialmente o município de Jupiá, que teve sua instalação solene em 01/01/1997. O município possui características predominantemente rurais, a maioria da população é de minifundiários, produzindo apenas para sua sobrevivência.

Jupiá está localizado na região Oeste de Santa Catarina, limitando-se ao norte com o município de Mariópolis, no Estado do Paraná, a sul e leste com o município de Galvão e a oeste com o município de São Lourenço d'Oeste e Novo Horizonte. Possui uma extensão de 82 km² e está 647 km distante da capital do estado. Os centros mais próximos são Xanxerê, a 73 km, e Chapecó, a 120 km de distância. Jupiá possui 10 agrupamentos populacionais distribuídos na zona rural, os quais compreendem 69,76% de sua população, que segundo dados do SIAB/agosto de 2009, é de 2.220 habitantes.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, veio com o intuito de reorganizar a atenção básica que era caracterizada praticamente pela assistência à doença e o individualismo. As primeiras equipes do PSE, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, incorporaram e ampliaram a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991. A partir disso, buscou-se uma lógica de abordagem familiar e coletiva, focada na promoção e prevenção território/família/comunidade, dentro dos prin-

cípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes de Saúde Bucal (ESB), composta por um cirurgião dentista (CD) e uma atendente de consultório dentário (ACD), foram implantadas junto às equipes da SF em outubro de 2000 e hoje desenvolvem um papel muito importante na ESF colocando frente a frente profissionais e realidade.

Justificativa

Uma das grandes dificuldades da ESF é desenvolver o trabalho em equipe dos diversos profissionais, os quais nem sempre estão dispostos ou preparados para agir de forma integrada. Muitas vezes, a rotatividade desses profissionais acaba por dificultar o engajamento e a continuidade de um bom planejamento nas ações preventivas e promocionais onde conhecer, tratar e controlar um problema passa a ser uma responsabilidade compartilhada de forma contínua e sistemática, elevando com isso os bons níveis não só da saúde bucal, mas também da saúde geral da população assistida. Outra dificuldade, também, é tirar o dentista do ambiente do consultório odontológico, principalmente os mais antigos, cuja visão de trabalho está centrada na parte clínica.

Antigamente, as ações desenvolvidas pelo cirurgião dentista na saúde pública eram restritas, limitadas ao espaço do consultório odontológico, com o CD fazendo a parte curativa das lesões cáries e demais doenças que afetam a cavidade bucal. Atualmente, as ações incluem conscientizar a população quanto a hábitos saudáveis em saúde bucal, passando orientações através de palestras e atividades educativas coletivas, com o objetivo de promover a manutenção da saúde bucal e a mudança de hábitos.

Segundo Zanetti ET all (1996), o futuro da odontologia está focado hoje na prevenção. Durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações. Para chegar a níveis baixos das doenças bucais é preciso se ter uma metodologia de planejamento das ações de saúde bucal focados na continuidade e na prevenção a médio e longo prazo, com ações de caráter coletivo/preventivo, respeitando as diretrizes e princípios organizativos e operacionais do SUS, estimulando desta forma a reorganização da Saúde Bucal da Atenção Básica.

Objetivo

O objetivo do trabalho desenvolvido é que a criança chegue à fase de transição da infância a pré-adolescência com o mínimo possível de doenças bucais, e que tenha consciência e o conhecimento das boas práticas de higiene bucal para levá-las consigo para o resto de suas vidas.

Objetivos Específicos

- 1 Realizar a atenção integral em saúde bucal, individual e coletiva a todas as famílias e a grupos específicos de acordo com o perfil epidemiológico a partir de 0 ano de idade, gestantes, estudantes, diabéticos e hipertensos;
- 2 Manter atividades educativas na rotina de trabalho em nível ambulatorial e domiciliar;
- 3 Intensificar as visitas domiciliares como forma de acesso aos pacientes acamados e idosos, prevenindo as doenças bucais.

Os Projetos

Programa de Saúde Bucal na Gestação

Os cuidados com os dentes do bebê devem começar na barriga da mãe. É desta forma que aumentam as chances da criança ter uma perfeita saúde bucal. Quando o assunto é saúde bucal, muitas gestantes têm medo de procurar o CD por acharem que procedimentos, como a anestesia, poderão afetar o desenvolvi-

mento da criança. Entretanto, o acompanhamento odontológico só trará benefícios para a saúde da mãe e da criança.

Para se ter dentes fortes, alinhados e saudáveis, os cuidados devem começar já na barriga da mãe, com uma boa dieta, e, após o nascimento, com a amamentação no peito, a qual ajudará no desenvolvimento dos ossos e músculos da face, implicando num correto posicionamento dos dentes. No programa com as gestantes existe um cuidado integrado para os dois seres em atendimento, em conjunto com a equipe médica do PSE. São feitas orientações para as futuras mães e realizado o atendimento clínico/preventivo necessário. Através dos ACS são agendadas visitas ao consultório para análise das condições de higiene bucal da futura mãe. Uma boa saúde bucal na gestação trará conforto à gestante e estimulará a continuidade do tratamento após a gravidez.

Programa “Primeira Dentição” - Crianças de 0 a 4 anos

Boas práticas de saúde bucal devem ser iniciadas mesmo antes da erupção do primeiro dente. Hábitos saudáveis adquiridos pela criança nos primeiros anos de vida são levados para a vida toda e os hábitos familiares são referência para os filhos. Esse programa preconiza o atendimento à criança desde o primeiro ano de vida até os 4 anos de idade. O perfil epidemiológico anterior mostrou que muitas crianças chegam à idade esco-



lar apresentando lesões cáries extensas nos dentes decíduos e nos primeiros molares permanentes, daí a necessidade de criação desse programa.

Segundo palavras do Dr. Mark J. Feldman presidente da ADA (American Dental Association), os “dentinhas de leite” da criança devem durar por muitos anos, para que ocorra uma harmonia nos arcos dentários e para evitar patologias futuras. Para isso, é preciso um cuidado apropriado, técnicas de escovação corretas e em horários apropriados, uma dieta balanceada e consultas odontológicas regulares. Assim, é possível ter uma vida inteira de sorrisos saudáveis.

Nesse programa são agendadas, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), crianças de 0 a 4 anos que, juntamente com seus pais ou responsáveis, comparecem à unidade de saúde e recebem todas as informações necessárias. São, também, esclarecidas muitas dúvidas dos pais a respeito dos primeiros dentes decíduos e as crianças recebem os primeiros atendimentos clínicos/preventivos, muito importante nessa fase.

Programa Saúde Bucal aos Escolares

Este trabalho visa educar a criança para os cuidados com a saúde bucal, ensinando o uso adequado da escova de dente e fio dental e a importância da higienização da boca. São atendidos, nesse programa, cerca de 300 alunos por ano da rede



municipal de ensino. Eles recebem informações através de palestras em sala de aula sobre a importância de manter bons hábitos de higiene bucal para conservarem um sorriso saudável para toda a vida. São, ainda, repassadas informações a respeito de técnicas de escovação e de como se dá o desenvolvimento das doenças bucais e realizadas algumas atividades preventivas coletivas, como o bochecho fluoretado.

Em uma segunda etapa, esses alunos são deslocados até a unidade de saúde para mais atividades educativas, escovação dental coletiva supervisionada, aplicação tópica de flúor coletiva e evidenciação de placa bacteriana, além de receberem



atendimento clínico/preventivo. O selante dental, por exemplo, comum nessa fase pela erupção do primeiro molar permanente, é feito para proteger as superfícies mastigatórias da cárie dentária, a doença crônica mais comum da infância.

Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares dão sustentabilidade às diretrizes do programa no que diz respeito ao seu caráter inovador. Com essa atividade, conhece-se a realidade dos pacientes, melhorando a compreensão do seu modo e estilo de vida. A visita domiciliar representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento, ela 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. Com a visita domiciliar o “olhar” se amplia, ocorre uma visualização das condições de moradia, higiene e hábitos de vida.

Juntamente com a ACD e os ACS e às vezes por indicação do médico da unidade, o cirurgião dentista da unidade faz as visitas domiciliares passando orientação de escovação e detecção de lesões bucais em idosos e doentes acamados, visando a identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.

Considerações finais

O perfil epidemiológico da saúde bucal no município está melhorando gradativamente com o passar dos anos. Com a implantação da equipe de saúde bucal houve uma ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos dentes da população. Acredita-se que, em longo prazo, diminuirá consideravelmente a incidência da cárie dental bem como procedimentos mais invasivos, como as exodontias, entre a continuidade que participa desses programas. Um exemplo disso é o atendimento aos estudantes. Há dois anos, levava-se cerca de dois meses com cada turma, com procedimentos, na maioria, curativos. Hoje, essas mesmas turmas levam cerca de um mês e com procedimentos majoritariamente preventivos.

Para que os resultados desses programas sejam alcançados é necessário que cada profissional desprenda-se de seus estereótipos, analise criticamente suas concepções, valores e atitudes, buscando a participação dos outros colegas de trabalho e a integração da família assistida. São necessários o comprometimento da equipe e a participação da comunidade local para que o trabalho realmente se efetive enquanto intervenção na realidade social, na busca incansável pela promoção à saúde.



REFERÊNCIAS

SAÚDE BUCAL, Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica n.º 17 do Ministério da Saúde 1ª edição. Brasília DF: Ed. Brasil 2008

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf Acesso em 10 agosto 2009

PORTAL DA SAÚDE – Brasil Sorridente. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578 Acesso em 05 agosto 2009

CD Smile- Colgate, Revista Colgate ano 2 Número 10, p. 42, 54-59, ed. Arell



Todos Contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo

Deison Fernando Frederico
Fernanda Taruhn Romani

Kelly Aparecida Souza
Patrícia Pereira da Silva

Priscila Bacchetti Cezar
Tailana Bazzo

Resumo

Esse trabalho mostra um relato de experiência de uma equipe multidisciplinar da USF do bairro Tributo, em Lages, com um grupo antitabagismo. O grupo realizou vários encontros, cada um comandado por um profissional da equipe com um tema específico. A médica, por exemplo, abordava sobre os malefícios do cigarro; a dentista informava sobre os riscos do cigarro na saúde bucal; psicólogos aplicavam técnicas de relaxamento e psicologia positiva, entre outros. Foram realizados, também, passeios para a integração do grupo e premiação das pessoas que conseguiram parar de fumar. O grupo “Todos contra um”, com quatro meses de atividade, já contava com três usuários que pararam de fumar.

Introdução

O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. No Brasil, estima-se que o cigarro seja causa de cerca de 200 mil mortes por ano (OPAS, 2002). O fumante tem cerca de uma em três chances de morrer prematuramente de uma complicação decorrente do tabagismo, que é a principal causa prevenível de morte nos países desenvolvidos (CECIL, 2001).

A fumaça do tabaco possui milhares de substâncias químicas diferentes, sendo a maioria causadora de doenças. As principais substâncias químicas tóxicas presentes no tabaco são: nicotina, benzopireno e outros hidrocarbonetos policíclicos, polônio-210, níquel, cádmio, arsênico, chumbo, monóxido de carbono, acetaldeído, acetona, metanol, amônia, benzeno, formaldeído, entre outros. (CECIL, 2001) O consumo de derivados do tabaco causa aproximadamente 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares, tais como infarto e angina, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas, como enfisema e bronqui-

te. O tabagismo ainda pode causar impotência sexual no homem, complicações na gravidez, aneurismas arteriais, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias e trombose vascular.

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), as estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil indicam que, em 2003, 22.085 pessoas adoeceriam de câncer de pulmão (15.165 entre homens e 6.920 entre mulheres), causando cerca de 16.230 mortes, sendo que 90% dos casos de câncer de pulmão é causado pelo tabagismo e entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos. Desse total de óbitos, 11.315 ocorreriam entre os homens e 4.915 entre mulheres. Ao parar de fumar, o risco de ter essas doenças vai diminuindo gradativamente e o organismo do ex-fumante vai se restabelecendo.

Os indivíduos adictos à nicotina possuem grande dificuldade de deixar de fumar sem ajuda, contudo, abordagens mais intensivas, combinando aconselhamento comportamental e farmacoterapia, podem alcançar sucesso em 20 a 25% em um ano (DUNCAN, 2004).

“É necessário tratar o tabagismo como um problema de saúde pública, pela sua extensão, por suas consequências e porque afeta não somente a saúde dos fumantes, mas, também, das pessoas que com eles convivem. O tratamento de suas consequências é caro, prolongado e, em geral, paliativo. Felizmente, as instituições de saúde pública e os serviços de assistência à comunidade estão cada vez mais conscientes da importância do problema, ao mesmo tempo em que o abordam mediante programas específicos ou integrados a programas preexistentes.” (Duncan, 2004)

No grupo, foram obtidos resultados semelhantes ao exposto na literatura de Duncan, alcançando 23% de êxito, onde três dos treze usuários que participavam do grupo pararam de fumar. E todos estes usuários que pararam de fumar não fizeram uso de medicamento. Destes, dois usuários pararam após dois dias do início do grupo e o terceiro usuário parou após o quarto mês. Entre os demais participantes, uma usuária, após o quarto mês, diminuiu o consumo para um cigarro/dia.

Tabela do número de participantes por encontro do grupo de tabagismo:

Data dos Encontros	Número de Participantes
02/04/2009	03
09/04/2009	03
16/04/2009	05
23/04/2009	07
30/04/2009	10
07/05/2009	07
17/05/2009	10
28/05/2009	06
04/06/2009	12
18/06/2009	13
25/06/2009	12
02/07/2009	09
09/07/2009	13
16/07/2009	12
23/07/2009	13

Neste sentido, considerando os problemas gerados pelo tabaco, não somente ao fumante, mas também a todos que estão ao seu redor, faz-se necessário, além de tratamentos curativos, buscar ações de prevenção do tabagismo e de promoção de saúde, visando evitar e combater o tabagismo.

Justificativa

Na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Tributo, em Lages, foi verificada uma quantidade bastante alta de fumantes. A consequência era o grande número de consultas médicas geradas pelos malefícios causados pelo tabaco. A questão se tornou angustiante para a equipe de saúde, que se confrontava diariamente com o problema.

Com a presença de uma equipe multidisciplinar na USF, já que esta conta com dois programas de Residência, sendo a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, iniciada em 2008, e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, iniciada em 2009, buscou-se a criação de um grupo de combate ao tabagismo junto à comunidade. A partir de encontros semanais de duração de, aproximadamente, 90 minutos, o objetivo era promover o apoio aos usuários tabagistas da população adstrita no território abrangido pela USF.

Objetivos

Objetivo Geral

- Trabalhar a prevenção das doenças desencadeadas pelo uso de tabaco, em usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Tributo, na cidade de Lages.

Objetivos Específicos

- Criar um grupo de apoio a usuários tabagistas da Unidade de Saúde da Família do bairro Tributo, na cidade de Lages;
- Informar aos usuários da USF os malefícios do tabaco;
- Apresentar estratégias para que o usuário da USF consiga parar de fumar;
- Desmitificar informações em relação ao tabaco;
- Desenvolver atividades de promoção de saúde;
- Promover a qualidade de vida aos usuários tabagistas e ex-tabagistas.

Desenvolvimento

O grupo de combate ao tabagismo teve início no dia 2 de abril de 2009. A equipe multiprofissional responsável pelo pro-



jeto é composta por uma Médica Residente em Medicina de Família e Comunidade, uma Assistente Social, uma Dentista, dois Psicólogos e uma Enfermeira, todos estes residentes em Saúde da Família e Comunidade, uma Auxiliar de Enfermagem e três Agentes Comunitárias de Saúde.

A condução dos encontros obedeceu a metodologias ativas, que, segundo Silva (2002), se entende pelo emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes de um grupo vivenciar seus sentimentos, percepções sobre determinados fatos e informações e refletir sobre eles, ressignificar seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de mudança. A autora salienta que atitudes e comportamentos em relação a quaisquer temas ou fatos da vida estão sempre associados aos conjuntos de valores, crenças, concepções, cognições e emoções que cada pessoa desenvolve em função de sua educação, ambiente familiar, cultural, nível sócio-cultural e econômico.

Na primeira reunião, com a presença de três usuários, realizou-se a exposição dos objetivos do grupo, bem como a apresentação de todos os participantes e da equipe técnica, buscando-se nesse momento conhecer as experiências prévias dos usuários e seus anseios com o grupo, sendo aberto um espaço para que outras propostas fossem trazidas por todos. No decorrer do processo foram utilizadas diversas dinâmicas a fim de estimular a participação dos usuários e buscar o objetivo de parar de fumar. Foi utilizado o questionário de Fagerstrom (FTQ), inicialmente desenvolvido para determinar se a terapia de reposição de nicotina era necessária ao tratamento de síndrome de abstinência. O instrumento consiste em seis dos itens originais do FTQ com pontuação revisada para duas questões. É facilmente entendido e rapidamente aplicado. Os escores obtidos no teste permitem a classificação da dependência à nicotina em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos).

A aplicação deste questionário se deu no quarto encontro do grupo, com sete usuários presentes, tendo os seguintes resultados: usuário

A1 com 05 pontos; A2 com 04 pontos; A3 com 05 pontos; A4 com 05 pontos; A5 com 03 pontos; A6 com 02 pontos e A7 com 04 pontos. A partir dos questionários aplicados com os integrantes do grupo presentes naquele dia, pode-se avaliar que nenhum dos tabagistas estava no nível de uma dependência química.

Ainda foi orientado como tarefa de casa para os usuários para que percebessem em que momentos (matutino, vespertino e noturno) fumavam mais, qual a rotina daquele período e se identificavam algumas situações que os levava a fumar com mais frequência.

“(...) tarefas de casa proporcionam oportunidades para o paciente adicionalmente educar-se (...), testar os seus pensamentos e as suas crenças para modificar seu pensamento, praticar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar comportamentos novos. A tarefa de casa pode maximizar o que foi aprendido em uma sessão de terapia e conduzir a um aumento no sentido de auto-eficácia do paciente.” (BECK, 1997, p. 253)

No transcorrer dos encontros o número de participantes foi aumentando, chegando a contar com treze usuários. Foi realizada uma palestra pela dentista sobre os malefícios do cigarro na saúde bucal, expondo que, além de ser prejudicial à saúde geral, o tabagismo também compromete a saúde bucal, sendo de grande importância esclarecer melhor os problemas bucais associados a este hábito. Entre eles, o aumento de risco de câncer bucal, a candidíase e a doença periodontal são as mais frequentes. Fumar resulta em vasoconstrição periférica e, consequentemente, em prejuízo à cicatrização de feridas na boca e

até mesmo ocultando possíveis problemas periodontais que podem levar a perda de dentes. Por fim, fumar causa descoloração nos dentes e nas restaurações dentais, prejudica os sentidos do olfato e paladar e frequentemente provoca halitose. Devido às implicações do tabagismo na saúde em longo prazo, os profissionais de Odontologia



têm por obrigação incentivar seus pacientes a parar de fumar.

Num dos encontros, a médica realizou uma exposição sobre os riscos do cigarro, a síndrome de abstinência, a dependência física e psicológica e o tratamento medicamentoso. Além disso, foram apresentadas fotos de doenças causadas pelo uso do tabaco, para que, desta forma, os usuários pudessem ter uma maior dimensão dos malefícios causados pelo tabaco, e com isso, refletir sobre sua decisão de parar de fumar. Neste mesmo encontro foi realizada uma apresentação teatral pelas alunas participantes do Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd) – realizado pela Polícia Militar nas escolas da rede pública e particular de ensino - e, também, uma votação para a escolha do nome do grupo, dentre as diversas sugestões dos participantes. A partir deste encontro, o grupo passou a se chamar “Todos contra um”.

O grupo contou, também, com técnicas de relaxamento aplicadas pelo psicólogo. Inicialmente foi ensinado o relaxamento progressivo (técnica de Jacobson desde 1964), que consiste na tensão e, em seguida, relaxamento dos músculos. Realizou-se a técnica com o grupo, onde todos deitaram em colchonetes e seguiram as coordenadas passadas pelo psicólogo, até conseguirem relaxar todo o seu corpo. E, neste momento, o psicólogo descrevia um ambiente agradável e sentimentos positivos. Durante os encontros, a assistente social trabalhou com os usuários o empoderamento, buscando conscientizá-los de que são pessoas capazes de conduzir suas vidas e tomar decisões, considerando que são sujeitos de direitos e que lhes é resguardado o direito à liberdade de escolhas e de pensamento, esclarecendo sempre que em nenhum momento no grupo a equipe teria atitudes arbitrarias visando obrigá-los a parar de fumar.

Uma das queixas trazida pelos tabagistas neste processo de abandonar o vício era a ansiedade; acreditavam que ficariam mais calmos ao fumar. Assim, era esclarecido a estes usuários que o tabaco não tem efeito “ansiolítico”, que não é ele que acalma e sim uma falsa crença de que o cigarro os acalmaria nos momentos ansiosos.

Para buscar diminuir tal nível de ansiedade, foi ensinado aos usuários o exercício/treino de respiração, onde a pessoa é orientada em modelo de baixas taxas de respiração, inspiração-expiração profundas e amplas e respirações essencialmente diafragmáticas (Guimarães, 2001). Como nos traz Vera e Vila (Apud Guimarães 2001), este “padrão estimula o controle parassimpático sobre o funcionamento cardiovascular, alterando o ritmo

cardíaco associado às fases inspiratória e expiratória de cada ciclo respiratório”. Desta forma o exercício de respiração gera uma sensação para o cliente que ele tem controle do seu organismo e o tranqüiliza.

Foi realizado também um questionário com os participantes a fim de verificar a quantidade de cigarros que estes estariam fumando no momento e quantos se proporiam diminuir durante a semana, sendo que nos encontros seguintes buscou-se verificar o cumprimento, ou não, da diminuição das quantidades acordadas. Através desta tabela de registros foi possível que os usuários colocassem metas a serem alcançadas e com isso se sentissem estimulados a seguirem no processo, sendo um dos principais focos trabalharem através de contingências de reforço positivo. Pois como podemos saber:

“É importante salientar que as contingências de Reforçamento Positivo são fundamentais para promover sentimentos de auto-estima e de autoconfiança e facilitar a instalação de repertório de auto-observação, um pré-requisito para tornar o cliente um agente de sua própria mudança.”
(MADI, 2004, p. 46)

Durante as reuniões foram agendadas consultas médicas individuais com os participantes que desejassem realizar o tratamento medicamentoso. Foram iniciadas as medicações para as três pessoas que se enquadravam no grau de dependência moderada, segundo o questionário de Fagerstrom, e que não apresentavam nenhum fator de risco para seu uso. Foi utilizada basicamente a medicação Bupropiona. Porém, como o município de Lages ainda não conta com um programa municipal antitabagismo, as medicações tiveram que ser adquiridas pelos próprios pacientes, o que dificultou de certa forma a adesão, já que no bairro Tributo a maioria da população é economicamente vulnerável.

A equipe de enfermagem participou do processo de formação deste grupo, como integrante da equipe multidisciplinar. Dentre os trabalhos desenvolvidos, destaca-se o incentivo aos integrantes com a participação nas reuniões, apoio na organização dos encontros e confraternizações, prestação da assistência aos integrantes na própria USF através de procedimentos, uso da medicação e educação em saúde ligada ao tabagismo. A construção do vínculo profissional-usuário merece destaque nesta ocasião. A enfermagem tem, dentre outras funções



na atenção básica, realizar a promoção da saúde e entende que isso significa não somente dar ao indivíduo condições de não ter uma doença, mas sim em melhorar as suas condições de saúde, acreditar e fazer com que sempre haja a possibilidade de melhorar essas condições com um trabalho contínuo, integral e multidisciplinar.

Uma técnica utilizada no grupo foi a participação de ex-tabagistas profissionais de saúde da USF, para darem depoimentos sobre sua dependência e o método utilizado para conseguirem cessar o vício, ressaltando não tiveram necessidade de utilização de medicamentos. Os depoimentos foram muito importantes para o apoio dos usuários e para que eles tivessem consciência de que era possível parar de fumar, com esforço, dedicação e principalmente força de vontade.

Na última semana do mês de maio foi realizada uma confraternização em comemoração ao Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio). Para tanto, foi feito um passeio com lanche e também a premiação com medalhas para dois usuários que pararam de fumar, sendo que cabe ressaltar que foi sem a utilização de medicamentos. Esta comemoração ajudou os participantes do grupo a ficarem mais integrados e também mais confiantes, pois puderam perceber que seus colegas chegaram ao objetivo almejado por todos, que é parar de fumar. Nesta mesma semana ocorreu na cidade uma caminhada proposta pela Secretaria Municipal de Saúde, também para a comemoração do Dia Mundial sem Tabaco, que contou com a participação de quatro usuários do grupo “Todos contra Um”. A caminhada teve cobertura da imprensa local, que mostrou depoimentos de usuários do grupo da USF. Pode-se perceber que a divulgação e o reconhecimento do grupo deram mais incentivo para a ampliação e o fortalecimento deste por todos os seus usuários.

Depois de dez encontros realizou-se uma avaliação de todas as atividades desempenhadas até o momento. Os usuários sugeriram novas idéias para a divulgação do grupo, tais como uma caminhada no bairro para que a população tenha conhecimento das atividades do grupo e também a inserção do grupo nas escolas da região, visando atingir principalmente adolescentes e alertá-los do risco da dependência, já que essa é a faixa etária mais vulnerável para iniciar o vício.

Foi detectada no grupo certa “desmotivação” por parte de alguns participantes que ainda não haviam conseguido parar de fumar e manifestaram que estavam pensando em desistir, por se julgarem incapazes. Neste sentido pensou-se em trabalhar

com alguma intervenção que pudesse auxiliar essas pessoas a reverem seus comportamentos no sentido de auxiliá-los a identificar suas fraquezas e ter a oportunidade de transformá-las em potencialidades.

Neste sentido a psicóloga fez uma fala acerca da Psicologia Positiva que segundo Paludo e Koller (2007) é uma prática que se encontra em pleno processo de expansão dentro da ciência psicológica, e que possibilita uma reavaliação das potencialidades e virtudes humanas por meio do estudo das condições e processos que contribuem para a prosperidade.

Essa modalidade de abordagem visa fortalecer os aspectos saudáveis e positivos dos indivíduos, (re)construir as virtudes e forças pessoais, e ajudar os pessoas a encontrarem recursos inexplorados para mudança positiva. Modificar somente os comportamentos ditos como ruins ou errados não é o suficiente, sendo preciso também reconstruir e fortalecer o que está bom. A Psicologia Positiva reconhece que os traços positivos e os comportamentos adaptativos servem como fatores protetores contra os estressores e as dificuldades futuras. Dessa forma, ao tomar conhecimento dos aspectos positivos, as pessoas possuem melhor capacidade para lidar com eventos difíceis, tornando-se, assim, agentes ativos na superação da vulnerabilidade e do risco (Paludo e Koller, 2007).

Cabe enfatizar que o tema Psicologia Ativa ainda vem sendo abordado no grupo Todos Contra Um e que novas abordagens serão buscadas ao longo do processo, a fim de alcançar o objetivo comum a todos os seus usuários, bem como proporcionar qualidade de vida a todos, sempre levando em conta as suas necessidades.

Resultados

O grupo, que está com apenas quatro meses de atividades, já conta com três usuários que conseguiram parar de fumar, sendo importante ressaltar que nenhum deles necessitou de tratamento medicamentoso, contando apenas com o apoio do grupo. Além disso, há vários participantes que, embora não tenham parado de fumar, já conseguiram diminuir a quantidade de tabaco/dia. Os usuários que cessaram o tabagismo já perceberam mudanças físicas, como, diminuição da falta de ar, melhora da disposição para a prática das atividades diárias, entre outros.

Observa-se que a qualidade de vida destas pessoas vai além de não mais ingerir as substâncias malélicas do tabaco,

já que elas sentiram-se mais confiantes em si mesmas, levando esta experiência para outros aspectos da sua vida, pois se perceberam determinados, sendo sujeitos ativos para a mudança. Pensando ainda nos aspectos psicológicos ressalta-se que os usuários que conseguiram parar de fumar não desenvolveram outros vícios nem manias como forma de compensação do comportamento extinguido.

Cabe ressaltar que quando um sujeito para de fumar provoca uma “ruptura” em sua vida, ele precisa abolir o comportamento de uso do cigarro, buscando se adaptar a uma “nova forma” de experienciar a sua saúde. Modificar hábitos e condutas não é tarefa fácil, por isso a importância da iniciativa de grupos onde os sujeitos possam encontrar “o seu lugar”, um lugar que garanta a cada um, a sua importância.

Dentre outros aspectos, destaca-se a também a iniciativa de construção de redes sociais na vida das pessoas, de apoio, de sentimento de pertença, de maior envolvimento com o outro, onde Vicente (1996) explica que, para desenvolver a capacidade de apoiar, nós precisamos encontrar apoio, mesmo que pequeno, e sentir que alguém acredita em nós: “O parceiro tem uma função restauradora”. Pode-se perceber que no grupo Todos Contra Um, além de ter o objetivo comum de parar de fumar, os participantes buscam o objetivo de levar informação para outras pessoas, pois se tornaram amplos divulgadores das atividades desenvolvidas no grupo e principalmente da necessidade de cessação do vício para a população do bairro.

Diante do exposto, a existência da equipe multiprofissional na Unidade de Saúde da Família é crucial para a compre-

ensão dos diversos fenômenos humanos, já que apenas um olhar não dá conta de responder as vicissitudes do ser humano, além de se tratar de uma ferramenta fundamental para a produção de conhecimento científico.

Considerações finais

Com intuito de promover mudanças no modelo assistencial e em suas práticas no SUS, tem-se pensado em uma nova estruturação dos serviços e espaços de intervenção na atenção a saúde, sobretudo com a implantação da Estratégia da Saúde da Família. Onde o foco deixa de ser a doença, e sim a promoção de saúde e a prevenção de doenças e agravos.

Este grupo de tabagismo nos permite desenvolver ações voltadas à prevenção dos futuros danos causados pelo tabagismo e, sobre tudo, promover uma melhor qualidade de vida a estes usuários. Não tendo mais uma postura passiva enquanto profissionais de saúde, e sim pró-ativo, agindo sobre contingências (quando possível) e não aguardando mais a doença para tratar.

REFERÊNCIAS

- BECK, J. S. Terapia Cognitiva: teoria e prática. Trad. COSTA, S. Porto Alegre. Artes médicas, 1997.
- CECIL, G.B. et al. Tratado de Medicina Interna. 21ª edição. Volume 1. Editora Guanabara Koogan, 2001.
- DUNCAN, B.B. (Org). Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. ARTMED, 2004.
- <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> [acesso em 31 de julho de 2009]
- PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. Paidéia, 2007, 17(36), 9-20. Disponível em << www.scielo.br/paideia >>. Acessado em Junho/2009.
- SAITO, R.X.S. (Org.) Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.
- SILVA, R. C. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor, 2002.
- VICENTE, C. M. Resiliência. Palestra proferida no Centro de Treinamento de Recursos Humanos de Ponte Formosa. Espírito Santo, (1996). Disponível em <<www.pedagogiaemfoco.pro.br>>. Acessado em junho/2009.



Anexo 1 - Questionário de Fagerström

Questionário de Tolerância de Fagerström	
Fumante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
1- Quanto tempo, depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro? <input type="checkbox"/>	
0 Apos 60 minutos	2 6-30 minutos
1 31-60 minutos	3 Nos primeiros 5 minutos
2- Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.? <input type="checkbox"/>	
0 Não	1 Sim
3- Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar? <input type="checkbox"/>	
0 Qualquer um	1 O primeiro da marca
4- Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="checkbox"/>	
0 10 ou menos	2 21 a 30
1 11 a 20	3 31 ou mais
5- Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia? <input type="checkbox"/>	
0 Não	1 Sim
6- Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia? <input type="checkbox"/>	
0 Não	1 Sim
Pontuação	
1 Leve	0 a 4
2 Médio	5 a 7
3 Alto	8 a 10

Uma avaliação da experiência de 7 anos de trabalho da Saúde da Família em saúde bucal

Aline Francisco Mendes
Agente Comunitária de Saúde

Edésio Willemann
Recepcionista

Fábio T. Omomo: Médico
Clínico Geral

Geovâneo Philippe
Agente Comunitária de Saúde

Graziela Schueroff Schimidt
Técnica de Enfermagem

Isalde Nack
Agente Comunitária de Saúde

Jaqueline Wiggers
Psicóloga

Joelma Grasso Lunardi Kuehl
Auxiliar de Enfermagem

Julia Wiggers
Odontóloga

Marieta Oeninng Bitencourt
Secretária de Saúde

Mariluci Heidemann Blasius
Agente Comunitária de Saúde

Murilo Leandro Marcos
Médico Clínico Geral ESF

Raquel Buss
Fisioterapeuta

Rosinei Willemann Laurindo
Técnica em Saúde Bucal

Sandra da Silva
Assistente Social

Sheley Baumann
Enfermeira

Tatiane Martins
Auxiliar de Saúde Bucal

Valéria Rech Feldahaus
Agente Comunitária de Saúde

Introdução

Santa Rosa de Lima realizava atividades reparativas até 2002, quando criou a equipe de saúde bucal modalidade II e adotou uma rotina de procedimentos preventivos.

Objetivo e Método

Descrição das ações da equipe de Saúde Bucal, planejamento coletivo, utilização de bases epidemiológicas, atividades educativas, atendimento de pacientes com necessidades especiais, atendimento clínico de escolares e adultos, visitas domiciliares dentre outras atividades. Resultados: a incidência de candidíase oral teve uma grande queda após orientações de higiene, índice CPO_D manteve-se baixo, destaca-se uma ótima relação interdisciplinar, aplicação dos princípios de universalidade e integralidade em nosso ambiente de trabalho. Conclusão: os resultados mostraram que as organizações dos cuidados em saúde bucal foram satisfatórias. As atividades desenvolvidas motivaram crianças e adultos quanto a hábitos de higiene, uso de fluoretos e dieta não-cariogênica, revelando a importância da continuidade deste programa.

Santa Rosa de Lima

A colonização de Santa Rosa de Lima teve seu início na final do século XIX. As primeiras famílias eram de açorianos e alemães. A partir de 1920 os germânicos predominaram, tendo na agricultura sua maneira de subsistir.

A presença de índios das tribos Botocatus e Aweikomas na chamada “rota do charque” dificultava o avanço das caravanas e impedia que a carne de sol, trazida do extremo sul do Brasil no lombo de mulas, chegasse ao seu destino. Para solucionar o problema, os governos da época decidiram doar terras aos imigrantes, gerando sérios conflitos entre índios e colonos, que acabaram por dizimar todos os índios da região.¹

Fundado em 10 de maio de 1962, o município de Santa Rosa de Lima deve boa parte de sua história aos colonizadores alemães e imigrantes italianos que, no início do século, foram trazidos a Santa Catarina para proteger os carregamentos de charque vindos do Rio Grande do Sul em direção a São Paulo.

Situada nas encostas da Serra do Corvo Branco e às margens do rio Braço do Norte, Santa Rosa de Lima tem inúmeras belezas naturais. Localiza-se no sul do Estado de Santa Catari-



na e fica a 120 km de Florianópolis. Avizinha-se das cidades Rio Fortuna, Anitápolis, Grão-Pará, São Martinho e Braço do Norte.

O uso de técnicas alternativas de manejo sustentável do solo e dos tantos outros recursos naturais e a abstinência ao uso de adubos químicos ou qualquer outro produto tóxico concedeu ao município o título de Capital da Agroecologia.

O município apresenta traços marcantes das danças, costumes e comidas típicas herdadas dos primeiros colonizadores, com destaque para a famosa festa do “Gemüse” – nome de um prato típico alemão feito à base de batata, couve e carne de porco – que é realizada no mês de maio, de dois em dois anos. A arquitetura tipicamente alemã das casas e construções é uma atração à parte compondo o ambiente das pousadas e paisagens.¹

Introdução

Até 1998, na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município, Santa Rosa de Lima apresentava um trabalho no campo da Saúde Bucal com fins somente curativos. As ações não buscavam prevenir doenças bucais, tampouco apontavam para a Promoção da Saúde. Os atendimentos eram voltados aos adultos, deixando de lado outros grupos etários, como as crianças. O contexto sócio-econômico-cultural não era considerado, e os pacientes eram vistos como uma cavidade bucal doente.

Com a chegada do PSE, os pensamentos foram tomando outra direção, um caminho que interessava a mais pessoas, tanto profissionais, quanto população. Em 1999, foi desenvolvido o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, que resultou em CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) de 7,7 em crianças de 12 anos.

Em 2002, criou-se a equipe de saúde bucal modalidade II, adotando uma rotina mais intensificada, trabalhando conforme as necessidades epidemiológicas locais e recursos disponíveis, enfatizando o agir de forma multiprofissional.

Nos dias de hoje, a saúde bucal do município tem se destacado principalmente pela atenção coletiva desenvolvida nos escolares de 0 a 14 anos, reuniões de grupo, visitas domiciliares a grupos de risco e gestantes, além dos atendimentos individuais divididos por micro-área.

A importância da introdução da educação em saúde e cuidados com a higiene bucal nos primeiros anos de vida escolar é justificada porque neste momento as crianças es-

tão se descobrindo e desvendando suas sensações. Os aprendizados construídos nesta etapa de desenvolvimento têm a possibilidade de serem incorporados aos hábitos de vida. De maneira complementar, ratificando a importância da educação em saúde, Kupietzky relata que pacientes bem orientados e motivados têm melhores índices relacionados à saúde bucal, se comparados a pacientes que não passaram por um processo de estímulo e orientação.²

Justificativa

Após a implantação da equipe de saúde da família e com a realização do primeiro levantamento epidemiológico de CPOD em crianças de 12 anos de idade, o município começou a desenvolver ações e dar ênfase às crianças e gestantes. Apostando que o trabalho com as crianças pode construir hábitos saudáveis no futuro, a atenção à saúde bucal começou nas escolas isoladas, nas comunidades mais distantes, chegando até ao centro da cidade, fazendo com que o índice CPOD de 7,7 fosse gradativamente reduzido.

Hoje, com a inclusão da equipe de saúde bucal e com o trabalho desenvolvido numa perspectiva multiprofissional, as atividades tomaram destinos programados, ao priorizar critérios epidemiológicos e enfatizar a prevenção das doenças e educação individual e coletiva que, por fim, contribuiu para o bom funcionamento das ações em saúde bucal, gerando atendimento e cobertura à toda população. A motivação de crianças e pais para participar das atividades, aliada à prioridade dada à prevenção das doenças, faz com que o trabalho progrida e gere bons resultados.

Objetivos

- Realizar levantamentos epidemiológicos bianuais da população de 6 a 12 anos matriculados nas escolas (Colégio Professor Aldo Câmara, Jardim de Infância Recanto Alegre e Centro de Educação Infantil de Santa Rosa de Lima);
- Avaliar grupos de risco e determinar população-alvo para maior atenção;
- Realizar ações educativas e preventivas de forma a produzir cuidado individual e coletivo;
- Garantir acesso às atividades clínicas como urgência e emergência, procedimentos restauradores, cirúrgicos, periodontais, ortodontia preventiva e endodontia à população;
- Gerar atendimento preventivo domiciliar a fim de redu-

- zir atendimento clínico curativo;
- Traçar objetivos e metas de desenvolvimento anual;
- Realizar palestras e oficinas educativas destinadas a grupos específicos, como gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos;
- Manter 100% de cobertura da população atendida pelos programas e atividades de saúde bucal;
- Reduzir ou manter o índice CPOD e IHOS (índice de higiene oral simplificado) alcançado.

Ações desenvolvidas

O município de Santa Rosa de Lima até o ano de 1999, antes da implantação da equipe de saúde bucal modalidade II, apresentava as seguintes rotinas de trabalho:

- Bochecho com solução fluoretada semanal em todos os escolares de 1ª a 8ª série;
- Revelação de placa, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e distribuição de kits de higiene oral (creme dental 50g e escova dental) duas vezes ao ano nos escolares de 1ª a 8ª série;
- Atendimento integral dos escolares uma vez por semana;
- Atendimento de adultos sócios do Sindicato uma vez por semana (por lista de espera);
- Atendimento de emergências.

A partir de 1999 foram intensificadas as atividades e ações de caráter preventivo com pais e filhos:

- Bochecho com solução fluoretada semanalmente em todos os escolares de 1ª a 8ª série sob supervisão do cirurgião dentista (CD);
- Revelação de placa, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e distribuição de kits de higiene oral (creme dental 50g, escova dental) três vezes ao ano de pré-escolar a 8ª série;
- Atendimento integral dos escolares três dias por semana;
- Atendimento de adultos em geral um dia por semana (por lista de espera);
- Atendimento de emergências.

Com a integração da equipe de saúde bucal ao Programa de Saúde da Família, em março de 2002, as ações em saúde bucal passaram a ser orientadas pelos princípios da integralidade e universalidade, tendo a promoção da saúde e educação em saúde como um eixo prioritário.

Programas desenvolvidos pela equipe de saúde bucal de Santa Rosa de Lima

Atualmente, na clínica odontológica, realizam-se atendimentos de segunda à sexta-feira, com uma equipe composta por um cirurgião dentista do município (16h semanais) e profissionais da Equipe de Saúde da Família (cirurgiã dentista, técnica em saúde bucal e auxiliar de consultório dental).

Tabela 1: Agenda semanal da equipe de saúde bucal. CEI: Centro de Educação Infantil

Rotina de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal					
dia/ horário	segunda	terça	quarta	quinta	sexta
08:00	Atendimento alunos do Colégio	Atendimento alunos do Colégio	Alunos Jardim	Escovação CEI	Atendimento adulto
10:00			Escovação CEI	Escovação Colégio	
13:00	Alunos do CEI	Atendimento alunos do Colégio	Alunos Jardim	Visita Domiciliar	Atendimento Adulto
15:30			Escovação CEI	Escovação Colégio	

A equipe de saúde bucal desenvolve atendimento em três escolas do município: Colégio Estadual Prof. Aldo Câmara, Centro de Educação Infantil e Jardim de Infância Recanto Alegre, abrangendo desde a educação infantil até o ensino médio, que compreende, atualmente, 412 escolares.

O agendamento dos adultos é realizado através de vagas

distribuídas por micro-área. Cada ACS tem data reservada para agendamento mensal de acordo com número de habitantes de cada micro-área. Os atendimentos têm duração de uma hora, sendo deixada uma vaga por período para emergências.

No primeiro horário de cada período nas segundas-feiras e sextas-feiras são agendados os tratamentos de canal, realiza-

do durante uma hora, em sessão única, de incisivo à molar. Estes mesmos são feitos de acordo com a ordem de abertura do dente, fazendo parte apenas da lista dos tratamentos de canais.

Nas segundas-feiras, no último horário da tarde, são agendadas e realizadas cirurgias: extração de siso incluso e impacado, remoção de freio labial e lingual, mucocele, rânula, gengivectomia, ulectomia, ulotomia, cirurgia periodontal e outras.

As raspagens de tartarectomia e limpezas são agendadas em horário normal, posterior ao tratamento de canal.

Durante o atendimento realizado pelo cirurgião dentista e ACD, a técnica em saúde bucal realiza o agendamento para semana seguinte e, posteriormente, faz o manejo e esterilização dos materiais.

A escola como ambiente promotor de saúde

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde reconhecem a relação que existe entre educação e saúde. A partir disso, orientam o emprego de técnicas pedagógicas no campo da saúde, a fim de que se estabeleçam relações e convênios entre centros de saúde e escolas, de forma a aumentar o potencial de aprendizagem dos estudantes e, ao mesmo tempo, prevenir doenças e promover saúde. O surgimento das Escolas Promotoras de Saúde, ou Escolas Saudáveis, é um marco importante, pois, na busca por promover e incentivar estilos de vida saudável para a população das escolas, desenvolvem-se ações conjuntas no ambiente escolar que apóiam e conduzem à promoção da saúde.³

Pacientes com necessidades especiais

Diante da possibilidade de se prevenir o surgimento da doença periodontal e da cárie dentária (através do controle da placa bacteriana) por ação mecânica de escovas dentais e a utilização de creme dental fluoretado, o desenvolvimento de um programa de educação e prevenção, com apoio dos familiares e cuidadores – e quando necessário a adaptação de escovas dentais individualizadas –, são condições geralmente necessárias para a manutenção e melhora nos cuidados bucais dos pacientes portadores de necessidades especiais.

A assistência odontológica direcionada a pacientes especiais não visa apenas às técnicas odontológicas, e sim à integração multiprofissional e familiar, proporcionando aos pacientes sua integração plena na sociedade. Através da qualificação profis-

sional e do cuidado individualizado, as dificuldades existentes em função da limitação físico-mental e social por eles apresentadas, são contornadas e adaptadas para o êxito do tratamento odontológico, nos aspectos preventivo e curativo.

Escovação supervisionada

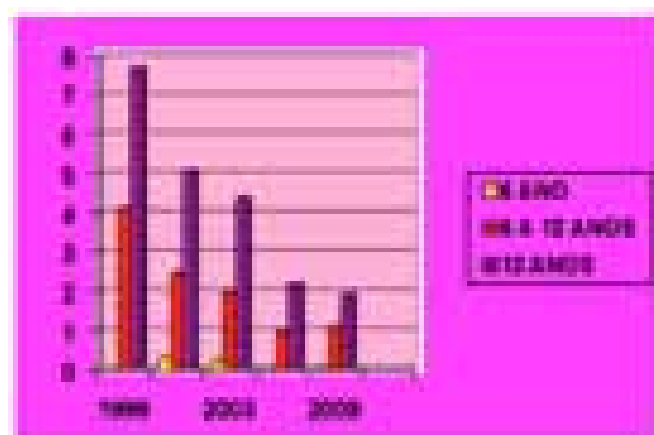
No município de Santa Rosa de Lima, a escovação é realizada semanalmente nos três estabelecimentos de ensino por toda a equipe de saúde bucal, a fim de manter continuado o uso de fluoroterapia. Apenas no Jardim de Infância Recanto Alegre, a escovação supervisionada é realizada pelos próprios professores de cada turma, que receberam orientação e capacitação de como aplicar o flúor e realizar escovação supervisionada diariamente.

Levantamento epidemiológico

A cada dois anos, a equipe de saúde bucal realiza levantamento epidemiológico, que inclui além de outros dados, o índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPOD) e índice de higiene oral simplificado (IHOS).

O IHOS tem larga aplicação em vários lugares do mundo por ser relativamente prático e de rápida execução. O índice objetiva expressar quantitativamente como é feita a limpeza bucal, baseada em critérios definidos, simples e objetivos. É considerado útil quando se estuda a epidemiologia das doenças periodontais e do cálculo dentário e busca determinar a eficiência da escovação dos dentes, avaliar as práticas de higiene dentária de uma população e os efeitos imediatos ou mediatos dos programas de educação coletiva odontológica utilizados para esta finalidade.⁴

Gráfico 1: Índice CPO_D ao longo dos anos 1999, 2003 e 2009, em Santa Rosa de Lima.



Visitas domiciliares

O cirurgião dentista realiza visitas domiciliares (VD) junto com a enfermeira, ACS e motorista. Gestantes, puérperas, crianças que não freqüentam a creche e idosos acamados têm prioridade no atendimento das visitas. A VD não é compreendida como um trabalho de caridade. Os profissionais que adentram a casa de um paciente fazem parte de um sistema público de saúde e, dessa maneira, enquanto direito constitucional, buscam proporcioná-lo às pessoas que têm dificuldade de acesso ou prioridade no atendimento de suas necessidades. A qualidade da avaliação e orientação não deve ser prejudicada pelas dificuldades inerentes ao atendimento em domicílio.

“A família influi na adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes no processo de saúde, risco e doença. Os indivíduos vêem a família como seu palco mais próximo onde se encontram valores, interpretações, percepções, modelos de conduta e orientações. (...) A família também influi em aspectos positivos para a saúde; por exemplo, a adoção de estilos de vida saudáveis é maior em famílias onde alguns de seus membros têm conhecimentos e condutas positivas.”²⁵

De maneira inversa, a família pode influenciar hábitos alimentícios inadequados, atividade física escassa, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, entre outros hábitos não saudáveis.

A atenção domiciliar é um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. Em Santa Rosa de Lima, ocorre por meio de ações preventivas com visitas a puérperas, busca ativa de recém-nascidos, busca ativa dos programas de prioridades, utilizando abordagem familiar para diagnóstico e tratamento. Ademais, os pacientes são orientados quanto à alimentação, hábitos de higiene, questões sócio-econômicas, hábitos não saudáveis.

As visitas domiciliares são realizadas por micro-área, como as consultas, com a ficha de acompanhamento das crianças, desde seu nascimento até o ingresso nos colégios.

Os bebês são acompanhados desde seu nascimento, com visitas periódicas de 4 em 4 meses. Nestas visitas, os assuntos higiene e alimentação são constantemente avaliados através das fichas de acompanhamento, dos diálogos com os familiares e da observação direta.

Grupo de gestantes

Além dos atendimentos clínicos, a equipe de saúde bucal realiza também palestras e oficinas nos grupos de gestantes com periodicidade de 6 meses, a fim de que cada gestante tenha a oportunidade de receber orientações quanto aos cuidados com a higienização e alimentação durante a gestação e após o nascimento do bebê. No mesmo dia são agendados atendimentos com ginecologista para gestantes que tiverem necessidade. As distâncias e a geografia não favorecem os deslocamentos no município, por isso procura-se aproveitar a presença da gestante na Unidade de Saúde incluindo todas as oportunidades de participação: grupo de gestantes, acompanhamento com o ginecologista, agendamento de vagas para a sua família com o dentista, kits com bolsa e produtos para o bebê.



Grupos de diabéticos, hipertensos e saúde mental.

São discutidos assuntos que relacionam saúde bucal com os agravos provocados pelas doenças e cuidados especiais necessários. Dúvidas são respondidas, além de haver espaço destinado a orientações sobre quando procurar um profissional de saúde (no caso de alterações) e também para conversar sobre temas atuais na área da odontologia.

No caso de pacientes portadores de próteses, são orientadas visitas periódicas ao dentista, com intuito de realizar higienização e profilaxia, além das indicações de cuidado.

Semana odontológica

É realizada em outubro e tem por objetivo sensibilizar e motivar as crianças e seus pais através de palestras, oficinas, apresentação de vídeos, mostra de fotos, confecção de cartazes, premiações, produção de peças de teatro e outras atividades.

Além das escovações supervisionadas, o município fornece a todas as crianças de 0 a 14 anos kits de higiene bucal composto por creme dental, escova dental e fio dental, a cada quatro meses, além de passa-fio e escovinha interdental (para aqueles que fazem uso de aparelho ortodôntico).

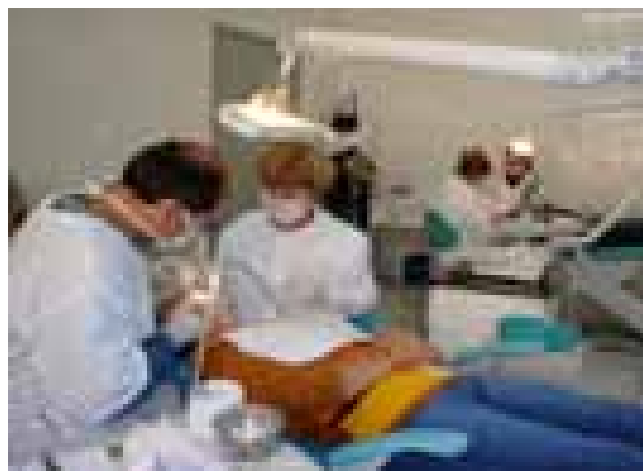
Resultados

O município de Santa Rosa de Lima já enfrentou muitas dificuldades no campo da saúde bucal: localidades isoladas de difícil acesso, quadro deficiente de profissionais de saúde bucal, ausência de políticas relacionadas à saúde bucal.

Há alguns anos, a cidade vem aprimorando seus conhecimentos e interagindo com as comunidades, buscando ativamente as crianças nas escolas, intensificando a atenção domiciliar, de maneira a orientar qualidade na higienização e alimentação das crianças, ajudando a construir sorrisos saudáveis.

- Abaixo, segue uma lista que apresenta as atividades realizadas pela equipe de saúde bucal do município e seus resultados:
- Orientação e informação à população sobre hábitos e práticas saudáveis, associada à prevenção das doenças bucais: 100% da população;
- Intensificação das ações e procedimentos clínicos e curativos, que são realizados integralmente na Unidade de Saúde;
- Bochecho com solução fluoretada semanal em todos os alunos da pré-escola a 8ª série, abrangendo 412 estudantes;
- Revelação de placa, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e distribuição de kits de higiene oral (creme dental 90g, fio dental 100m, escova dental) trimestralmente, nos escolares da pré-escola a 8ª série, num total de 412 escolares atendidos;
- Apresentação de vídeo educativo para as crianças da educação infantil e pré-escola, que acontece durante a Semana Odontológica;
- Palestras e oficinas nos grupos terapêuticos (gestantes, saúde mental, hipertensos e diabéticos);
- Busca ativa das gestantes e realização de tratamento odontológico completo;
- Busca ativa das crianças de zero a 5 anos e oferecimento de vagas para tratamento completo e manutenção;
- Treinamento e incorporação da THD (Técnica em Higiene Dental) na equipe;
- Realização de consultas de uma hora para adultos, sendo agendadas pelos ACS;

- Atendimento de urgências e emergências: total de 331 atendimentos em 2008, significando uma média de 27,5 atendimentos por mês;
- Consultas para realização de selantes, orientação e controle da higiene nos escolares, realizadas pela THD;
- Treinamento dos ACS para a detecção, orientação e eliminação de hábitos deletérios, observação dos hábitos de higiene e da realização das orientações da equipe de saúde;
- Atendimento integral dos escolares da educação infantil à 8ª série, durante 7 períodos (turnos) semanais;
- Diminuição do índice de procura do serviço de saúde bucal devido à candidíase oral, após intensificação das orientações sobre higiene das próteses: nenhum caso detectado em 2009;
- Redução do índice CPOD para 1,9 em crianças de 12 anos, mesmo não havendo controle dos níveis de flúor na água de abastecimento.



Considerações finais

Os resultados deste trabalho mostram que ao longo desses 7 anos tem sido possível organizar as ações de cuidado em saúde bucal na cidade. As atividades desenvolvidas, na perspectiva de integrar educação e saúde, têm sido capazes de motivar as crianças para o hábito da higiene bucal e cuidados com a alimentação. Têm sido também motivadoras dos profissionais que trabalham na equipe de saúde bucal, incluindo pais e professores.

Medidas de higiene bucal e aplicação tópica periódica de fluoretos têm auxiliado na prevenção das doenças bucais e da cárie.

A avaliação da dieta oferecida às crianças residentes no município, observando-se seu potencial cariogênico, permitiu a orientação e estímulo dos profissionais que prestam cuidados às crianças e jovens, a fim de proporcionar um controle

das doenças bucais e consumo racional de alimentos potencialmente cariogênicos.

A equipe de saúde bucal tem demonstrado entrosamento e trabalho interdisciplinar, considerando as especificidades de cada profissional. Além disso, o trabalho intersetorial, com as escolas, tem auxiliado tanto nas medidas curativas e reabilitadoras, quanto nas ações de prevenção das doenças e promoção da saúde.

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento e os levantamentos epidemiológicos têm criado possibilidades de se compreender a realidade, conhecer os principais problemas e as necessidades reais da população. Além disso, tem permitido uma análise desses problemas, bem como tem buscado elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. O ato de planejar viabiliza, por meio de ações estratégicas, a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações. O êxito do planejamento depende da implicação de profissionais, lideranças e ou representantes da comunidade.⁶

Além da compreensão do porque planejar é preciso saber como planejar. Não se planeja individualmente, de forma intuitiva e pouco sistematizada, sem socializar institucionalmente os projetos elaborados. O planejamento necessita ser realizado em linguagem compreendida e compartilhada por todos, objetivando a parceria em todos os momentos.⁶

A organização dos serviços em saúde envolve o atendimento aos usuários nas unidades básicas de saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde que tem produzido bons frutos em Santa Rosa de Lima é a adoção do trabalho em equipe, multi e interdisciplinar, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscar a melhor solução que cada problema exige.⁶

Por fim, e caminhando ao encontro coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde, tem sido possível exercitar e materializar tanto a integralidade da atenção na saúde bucal, quanto a universalidade do atendimento e a busca pela equidade.

Os resultados obtidos têm mostrado a relevância do trabalho e a necessidade da continuidade destas ações e desta forma de pensar junto à população.

Anexo

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO ÍNDICE CPO-D (Dentes cariados, perdidos e obturados)

- 0 – hígido
- 1 – cariado
- 2 – restaurado com cárie
- 3 – restaurado sem cárie
- 4 – perdido por cárie
- 5 – perdido por outras razões
- 6 – selante
- 8 – não erupcionado

DENTES ÍNDICES PARA IHO-S (Índice de higiene oral simplificado)

- 17/16
- 11
- 27/26
- 31
- 37/36
- 47/46
- Boa, Regular ou Ruim.

REFERÊNCIAS

- Página virtual da Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Lima. Acessado em: 21 jul 2009. Disponível em: www.santarosadelima.sc.gov.br.
- Kupietzky A. Teaching kindergarten and elementary school children dental health: a practical presentation. J. Clin. Pediatr. Dent. 1993; 17(4): 255-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J. Amer. Dent. Ass. 1960; 61: 29-35.
- Macedo N, Netto RL. Manual de Higienização Bucal: motivação dos pacientes. 2 ed. São Paulo, Ed. Publicações Médicas. 1983.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal nº17. Brasília – DF. 2006, 86 p.

Resultados da Avaliação da Atenção Básica

Texto: Dra. *Maria Cristina Marino Calvo*

Pesquisa: *NEPAS (Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde)*

Apresentação:

No número anterior da Revista Catarinense de Saúde da Família foi apresentada a metodologia adotada para realizar a Avaliação da Atenção Básica nos municípios catarinenses. A Matriz de Avaliação foi resultado da consultoria do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (SPB-UFSC) à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC), no PROESF. O projeto que subsidiou a matriz apresentada no quadro 1 pode ser consultado na página do núcleo de pesquisa – www.nepas.ufsc.br.

Quadro 1: Matriz Avaliativa da Atenção Básica em Santa Catarina

Gestão do Sistema Municipal de Saúde	Gestão do Provimento da Atenção Básica	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação intersetorial (4 indicadores)	Criança (3 indicadores)	Criança (3 indicadores)
Participação popular (4 indicadores)	Adolescente (3 indicadores)	Adolescente (3 indicadores)
Recursos Humanos (4 indicadores)	Adulto (3 indicadores)	Adulto (3 indicadores)
Infra-estrutura (4 indicadores)	Idoso (3 indicadores)	Idoso (3 indicadores)

Após coletados os dados e corrigidos os problemas de informação detectados, os municípios foram estratificados pelo porte populacional de maneira que fossem comparados municípios semelhantes entre si. A pontuação atribuída a cada um dos indicadores foi calculada em cada estrato populacional.

A pontuação do município é resultado da soma dos escores recebidos nos grupos de indicadores, com peso “um” para os indicadores de Gestão do Sistema Municipal (totalizando 16 pontos) e peso “dois” para os indicadores de Provimento da Atenção Básica (totalizando 48 pontos). O intervalo de valores possíveis na avaliação do desempenho municipal na atenção

básica é de 0 a 64 pontos.

Em 2009 foram premiados municípios de melhor desempenho nos estratos definidos abaixo:

- Municípios até 10 mil habitantes: prêmios aos municípios com as 3 (três) maiores pontuações no estrato;
- Municípios entre 10 mil e 25 mil habitantes: prêmios aos municípios com as 2 (duas) maiores pontuações no estrato;
- Municípios entre 25 mil e 50 mil habitantes: prêmios aos municípios com as 2 (duas) maiores pontuações no estrato;
- Municípios entre 50 mil e 100 mil habitantes: prêmio para o município com a maior pontuação; e
- Municípios acima de 100 mil habitantes: prêmio para o município com a maior pontuação.

Resultados da avaliação em 2009:

a) Situação relativa de cada município

O cálculo dos indicadores fornece um mapa indicativo da situação do município em cada subárea avaliada (40 indicadores) relativamente aos municípios semelhantes (5 grupos). Um painel colorido apresenta se a situação é boa (verde), regular (amarelo), ou ruim (vermelho) para cada um dos indicadores analisados; um painel numérico apresenta o valor de cada indicador. Um exemplo hipotético desse mapa é apresentado na figura 1

b) Situação dos indicadores

Para cada um dos indicadores avaliados é possível fazer a análise de sua distribuição nos diversos municípios do estado. Para exemplificar, serão apresentados os casos de um indicador com valores binários, um indicador com valores percentuais, e um indicador com valores contínuos (tabela 1).

c) Situação dos municípios a partir dos indicadores sintéticos

A consolidação dos escores, a partir da soma de pontos em cada indicador, permite a criação de indicadores sintéticos para cada uma das 12 (doze) subáreas¹; para cada um dos 4 (quatro) critérios²; para cada dimensão – Gestão do Sistema e Provimento da AB; e um único valor para a Gestão

da AB. Para exemplificar, na tabela 1 são apresentados os valores médios, mínimos e máximos observados nas duas dimensões e no indicador final. Outra forma de apresentar o indicador sintético é a partir de mapas, como apresentado na figura 2.

A “Avaliação da Gestão da Atenção Básica” nos municípios catarinenses em 2009 apresentou valores melhores em diversos indicadores do que em 2008, evidenciando o potencial da ava-

liação para aperfeiçoar o serviço e as informações produzidas.

- 1 Atuação Intersectorial, Participação Popular, Recursos Humanos, Infra-estrutura, Promoção e Prevenção da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, Diagnóstico e Prevenção da criança, do adolescente, do adulto, do idoso.
- 2 Relevância, Efetividade, Eficácia, Eficiência

Figura 1: Mapa de resultados de um município hipotético.

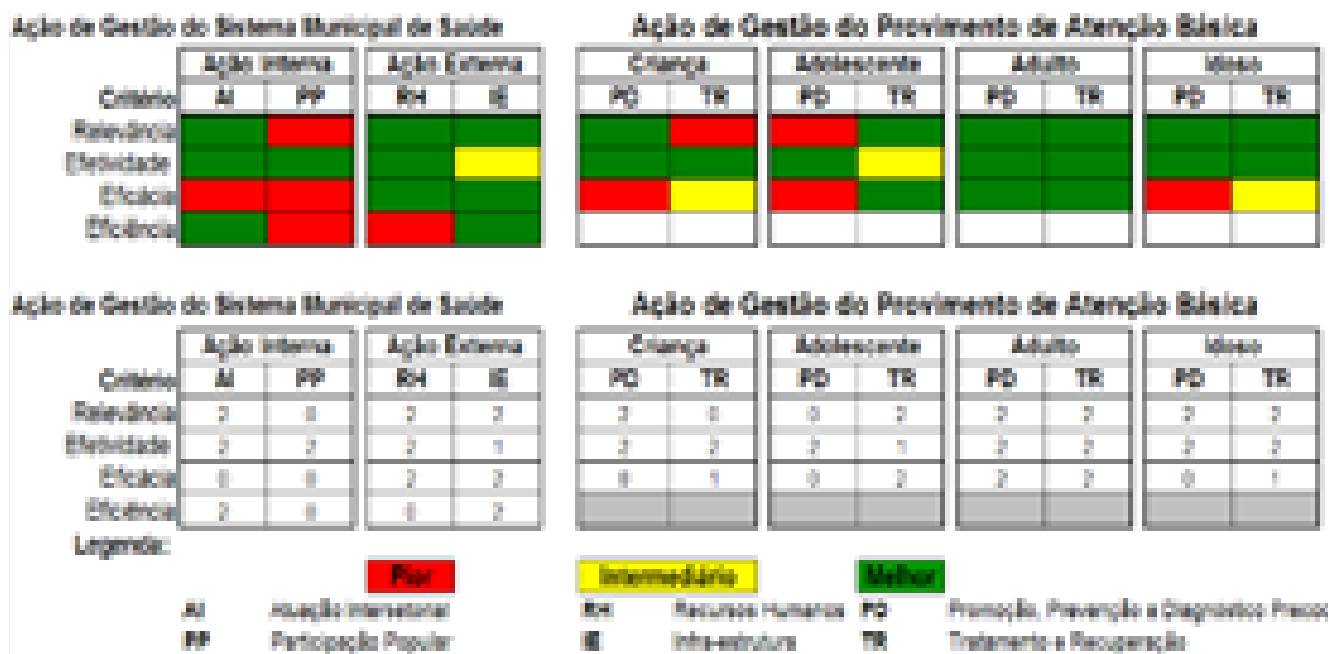
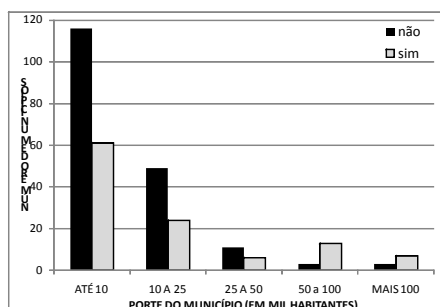


Tabela 1

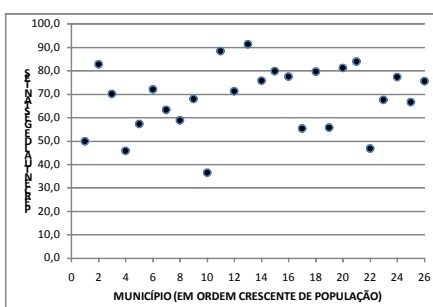
BINÁRIO	PERCENTUAL	CONTÍNUO
---------	------------	----------

Gráfico 1: Municípios catarinenses segundo indicador* e porte populacional



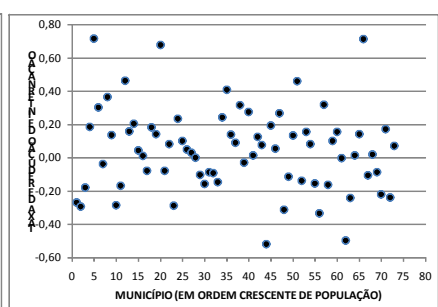
*Indicador: Existência de capacitação em planejamento familiar, pré-natal, ACD, diabetes e hipertensão, no ano passado.

Gráfico 2: Municípios catarinenses com mais de 50 mil habitantes segundo indicador* e população



*Indicador: Percentual de mulheres com 7 ou mais consultas de pré-natal

Gráfico 3: Municípios catarinenses com mais 10 a 25 mil habitantes segundo indicador* e população

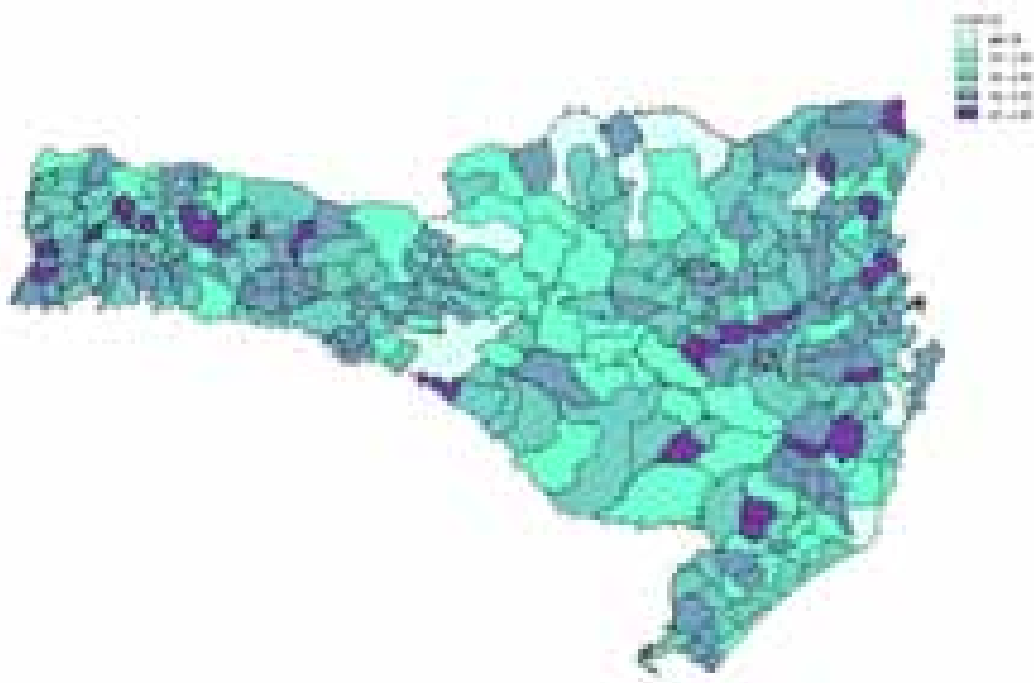


*Indicador: Redução de internação de idosos por doenças sensíveis à atenção ambulatorial

Tabela 2: Valores médios, mínimos e máximos observados nos indicadores sintéticos, segundo porte populacional. Santa Catarina, 2009.

Porte (em mil hab)	Gestão do sistema			Provimento da AB			Gestão da AB		
	média	mín	máx	média	mín	máx	média	mín	máx
Até 10	7,4	3	13	14,3	8,0	18,5	36,0	25	48
De 10 a 25	7,0	2	12	13,8	8,5	18,0	34,6	21	45
De 25 a 50	6,1	2	10	13,0	6,5	17,5	32,1	20	41
De 50 a 100	5,9	1	8	12,9	7,5	17,0	31,7	18	41
Mais 100	7,0	1	11	12,6	9,0	16,0	32,1	19	43

Figura 2: Municípios catarinenses segundo pontuação obtida na Avaliação da AB em 2009.



Considerações:

O modelo desenvolvido já foi aplicado em 3 (três) séries de dados anuais – 2006, 2007, e 2008, estabelecendo discussões periódicas sobre os indicadores e sobre os subsistemas de informação em saúde, e promovendo o aperfeiçoamento da matriz de avaliação a cada aplicação.

Para a última avaliação foi desenvolvida página eletrônica para coleta sistemática dos dados nos municípios catarinenses, formulário de preenchimento eletrônico e sistema computacional para cálculo dos indicadores.

A parceria entre UFSC e SES, propiciada pelo PROESF e pela FAPESC, permitiu a consolidação de uma proposta de avaliação que já foi premiada e apresentada em importantes fóruns de saúde do país. Todavia, o objetivo principal é proporcionar o aper-

feiçoamento dos serviços de saúde, elevar os níveis de saúde, garantir acesso e reduzir o risco à saúde da população catarinense. Para que isso se efetive, é essencial a participação dos trabalhadores em saúde que atuam na Atenção Básica - no atendimento da população ou na gestão de serviços. Esses profissionais podem garantir a qualidade da informação e analisar os indicadores sugeridos, fazendo sugestões de adequações à matriz de avaliação.

Finalizando, apontamos a previsão de nova coleta de dados para 2011, relativos ao ano de 2010. Na ocasião, os municípios serão avisados pelos canais oficiais do sistema de saúde. Durante o segundo semestre de 2010 serão coletadas sugestões para aperfeiçoamento da matriz de avaliação por meio de uma consulta aberta aos municípios.



**SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE**
www.saude.sc.gov.br

