

A saúde bucal infantil: a percepção de profissionais da saúde, da educação e dos pais ou dos responsáveis da região metropolitana de Belo Horizonte

The child oral health: the perception of health and education professionals and of parents and responsible ones in the metropolitan region of Belo Horizonte

Salud bucal infantil: la percepción de los profesionales de la salud, los profesionales de la educación y los padres o tutores de la región metropolitana de Belo Horizonte

Recebido: 29/01/2022 | Revisado: 09/02/2022 | Aceito: 15/02/2022 | Publicado: 22/02/2022

Ana Paula Vieira Perdigão Jardim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6099-5463>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: perdigao@task.com.br

Najara Barbosa da Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3366-0032>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: najaraufmg@ufmg.br

Rosa Núbia Vieira De Moura

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8947-2797>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: bdmoura96@gmail.com

Efigênia Ferreira e Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0665-211X>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: efigeniaf@gmail.com

Resumo

Objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais da saúde, da educação e dos pais ou dos responsáveis sobre a saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte. Metodologia: O estudo utilizou uma abordagem qualitativa e como instrumento de coleta de dados, o grupo focal, realizado com dois grupos: um com os responsáveis e outro com os profissionais. A análise de conteúdo foi feita segundo Graneheim e Lundman, assumindo como referencial teórico as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para esse grupo etário. Resultados: Foram identificados 3 temas comuns aos dois grupos: o papel do serviço, da família e da escola na produção da saúde. Os profissionais percebem o serviço como resolutivo, com fluxo de consultas coordenado entre pré-natal e odontologia, porém acham necessária a capacitação dos professores em relação à saúde bucal. Os responsáveis pelas crianças consideraram ser importante a atuação do serviço na prevenção desde nascimento, educação em saúde bucal e assistência às gestantes. Os responsáveis pelas crianças reconhecem seu papel desde amamentação até os cuidados com higiene bucal e hábitos, e consideraram estas tarefas difíceis. Os profissionais entendem que ações escolares são impactantes na promoção de saúde das crianças. Conclusões: Os participantes consideram que a família é responsável pelo cuidado da criança, juntamente com a escola e os serviços de saúde e que esse cuidado deve se iniciar a partir da concepção, com a gestante. Esses resultados serão dados importantes para uma proposta de ação no município de estudo.

Palavras-chave: Promoção de saúde; Cárie dentária; Crianças; Saúde bucal.

Abstract

Objective: To know the perception of health professionals, of education professionals, and of parents or guardians about the oral health of children aged 0 to 5 years in a city in the metropolitan region of Belo Horizonte. Methodology: The study used a qualitative approach and as an instrument of data collection, the focus group, conducted with two groups: one with guardians and another with professionals. Content analysis was performed according to Graneheim and Lundman, using as theoretical reference the guidelines of the National Oral Health Policy for this age group. Results: Three themes common to both groups were identified: the role of the service, the family and the school in health production. The professionals perceived the service as resolutive, with a coordinated flow of consultations between prenatal care and dentistry. Those responsible for the children considered the service's action in prevention from birth, oral health education and assistance to pregnant women to be important. Those responsible for the children recognize their role from breastfeeding to oral hygiene care and habits and considered these tasks to be difficult. The professionals understand that school actions are impactful in promoting children's

health. Conclusions: The participants consider that the family is responsible for the child's care, together with the school and health services, and that this care should start from conception, with the pregnant woman. These results will be important data for a proposed action in the study municipality.

Keywords: Health promotion; Dental caries; Children; Oral health.

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales de la salud, de la educación y de los padres o tutores sobre la salud bucal de los niños de 0 a 5 años en una ciudad de la región metropolitana de Belo Horizonte. Metodología: El estudio utilizó un enfoque cualitativo y como instrumento de recogida de datos, el grupo focal, realizado con dos grupos: uno con tutores y otro con profesionales. El análisis de contenido se hizo según Graneheim y Lundman, asumiendo como referencia teórica las directrices de la Política Nacional de Salud Bucal para este grupo de edad. Resultados: Se identificaron tres temas comunes a ambos grupos: el papel del servicio, la familia y la escuela en la producción de salud. Los profesionales percibieron el servicio como resolutivo, con un flujo de consultas coordinado entre la atención prenatal y la odontológica. Los responsables de los niños consideraron importante la actuación del servicio en la prevención desde el nacimiento, la educación en salud bucodental y la asistencia a las embarazadas. Los responsables de los niños reconocen su papel desde la lactancia hasta el cuidado y los hábitos de higiene bucal, y consideran estas tareas como difíciles. Los profesionales entienden que las acciones de la escuela tienen un impacto en la promoción de la salud de los niños. Conclusiones: Los participantes consideran que la familia es responsable del cuidado del niño, junto con la escuela y los servicios sanitarios, y que este cuidado debe comenzar desde la concepción, con la mujer embarazada. Estos resultados serán datos importantes para una propuesta de actuación en el municipio estudiado.

Palabras clave: Promoción de la salud; Caries dental; Niños; Salud bucal.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988, tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade do cuidado em saúde. Considerando como grupos de ações necessárias a promoção e proteção da saúde, a recuperação e a reabilitação do indivíduo para a vida, o SUS se organizou com base na Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente nominada como Programa. Uma das orientações era conhecer as principais características da população a ser atendida, incluindo o perfil epidemiológico e social (Brasil, 2018).

A partir do ano 2000, com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, inicia-se a mudança nos rumos da organização e do acesso aos serviços odontológicos. Esta evolução culminou em 2004, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que possibilitou avanços e melhorias para a população, considerando o acesso e os tipos de serviços ofertados (Brasil, 2004).

Em 2010, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil) mostrou alguns resultados positivos dessas políticas, como a redução da cárie dentária aos 12 anos e da perda dentária entre os adultos. No entanto, poucas mudanças foram observadas na situação de saúde bucal das crianças aos cinco anos de idade. Em 2010, 53,4% das crianças desta idade apresentavam cárie dentária sendo que 80% dos dentes cariados permaneciam não tratados (Brasil, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que mais de 530 milhões de crianças no mundo sofrem de cárie dentária não tratada na dentição decídua. A Cárie na Primeira Infância (CPI) é um problema de saúde global, afetando aproximadamente 50% das crianças em idade pré-escolar, no mundo. Além disso, cáries não tratadas apresentam prevalência semelhante à observada no Brasil (70-80 %) em vários países do mundo (Bastos et al., 2015; Chen et al., 2017, 2019; Lin et al., 2017; Uribe et al., 2021; World Health Organization, 2021).

As consequências da CPI incluem um maior risco de dor ou desconforto, abscessos, risco de atraso no crescimento e desenvolvimento físico, aumento dos dias com atividade restrita e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Peres et al., 2019; Phantumvanit et al., 2018).

Diante da carga da doença nessa faixa etária, ênfase deve ser dada, além do tratamento necessário, à programas de promoção da saúde e prevenção da doença, para crianças menores de 6 anos a fim alcançar melhores resultados na qualidade de vida (Uribe et al., 2021). Sobretudo os dois primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da criança, com

consequências na vida adulta, nas famílias e nas comunidades, ou seja, o cuidado em saúde das crianças traz consequências no presente e no futuro do indivíduo (da Cunha et al., 2015).

Frente às necessidades específicas desta idade, tais como dependência da criança e carga de doença, a PNSB orienta, com base nos princípios doutrinários do SUS, a readequação do processo de trabalho, contemplando a interdisciplinaridade, integralidade da atenção, intersetorialidade e ampliação e qualificação da assistência (Brasil, 2004).

Face à característica de dependência da criança, uma equipe de profissionais de saúde não é a responsável exclusiva nesta faixa etária. Em qualquer reorganização do cuidado a ser proposta, precisam ser incluídos os outros atores, como por exemplo a família. Para realizar essa readequação, incluindo as famílias, o presente estudo tem por objetivo conhecer a percepção dos profissionais da rede de cuidado e proteção das crianças de 0 a 5 anos e de seus pais ou responsáveis em relação à saúde bucal infantil, em município da região metropolitana de Belo Horizonte.

2. Metodologia

O estudo foi desenvolvido em um município de pequeno porte da região metropolitana de Belo Horizonte-MG. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG, sob o número CAAE-68513317.0.0000.5149.

O município do estudo apresenta estimativa populacional de 6730 habitantes para o ano de 2019 sendo 60% urbana e cerca de 8% de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos (IBGE, 2019).

A rede de saúde é composta por três Unidades Básicas de Saúde, uma Policlínica e um Centro de Especialidades Médicas. A rede de atendimento odontológico é formada por cinco cirurgiões dentistas, sendo um deles o coordenador, três técnicos em saúde bucal e quatro auxiliares de saúde bucal. Existe uma equipe da Estratégia Saúde da Família, que contempla a Equipe de Saúde Bucal, modalidade II, como parte da equipe da Atenção Básica de Saúde. A rede de ensino infantil é composta por dois Centros Municipais de Educação Infantil e um Centro de Educação Infantil.

Com o intuito de compreender a percepção dos envolvidos com a rede de cuidado proteção e assistência às crianças de 0 a 5 anos, o estudo utilizou uma abordagem qualitativa. Esse método permite uma riqueza de informações obtidas por meio dos depoimentos pessoais, vivências, experiências e visões subjetivas dos interlocutores que constituirão o arcabouço da pesquisa, a partir do qual haverá compreensão e articulações com a realidade (Minayo, 2012).

Optou-se por utilizar como instrumento para a coleta de dados, o grupo focal. Foram formados dois grupos: o primeiro, com os responsáveis das crianças de 0 a 5 anos, convidados a partir do cadastro do bolsa família e o segundo, com os profissionais do município envolvidos com a rede de cuidado e proteção das crianças de zero a cinco anos, incluindo as áreas de saúde e educação. Esta separação teve o objetivo de evitar possíveis relações de poder ou vulnerabilidade, que poderiam inibir alguns posicionamentos dos participantes.

Os grupos foram realizados em sala especialmente cedida para este fim, proporcionando a adequação necessária (conforto, silêncio, tranquilidade). Os participantes foram organizados em círculo, esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e orientados quanto a sua participação no grupo, como evitar a sobreposição de falas e falar sempre em direção ao gravador (no centro do círculo). Após os esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

O primeiro grupo focal teve como integrantes 13 participantes e utilizou, como questão norteadora para iniciar as argumentações a seguinte pergunta: “*Quando eu digo saúde bucal de zero a cinco anos, o que isto quer dizer?*” As discussões subsequentes contemplaram as questões correlacionadas a temática principal, sempre estimuladas pelo mediador. A atividade teve a duração de 43’13”, finalizando com a saturação de dados já que nenhum novo conteúdo foi obtido.

O segundo grupo focal teve a participação de 14 profissionais do município: enfermeira, diretora da creche municipal,

nutricionista, assistente social, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, coordenadora de saúde bucal e técnico de enfermagem. A amostra de servidores e gestores diversificados nas áreas de saúde e educação permitiu uma coleta de dados ampliada, por meio de vários olhares e dimensões do cuidado.

A questão norteadora para iniciar as argumentações foi a pergunta: “*O que vocês entendem que existe no município, do ponto de vista da saúde, para a criança desde a gestação, ou seja, para a mãe gestante, até a criança aos 5 anos de idade?*” As argumentações e teorizações dos participantes discorreram até a saturação dos dados. O grupo focal teve duração de 1h25’08”.

Os participantes apresentaram suas elaborações com as falas sendo instigadas mutuamente, com presença de argumentos e contra-argumentos (grupo focal). As falas foram gravadas em áudio e posteriormente foi feita a transcrição, na íntegra. Em seguida foi feita a leitura exaustiva, flutuante e repetida do material coletado para posterior análise de conteúdo, conforme proposto por Graneheim & Lundman (2004). Neste método de análise, após a identificação dos núcleos de significado (unidade de significado), se condensa o texto de cada um, com intuito de identificar a essência das falas (unidade de significado condensado). Foram criados códigos, categorias e temas. Os códigos são unidades de significado que permitem que os dados sejam pensados e traduzidos, seu conjunto determina uma categoria. As categorias, quando semelhantes em significado, podem determinar um tema. Todas estas etapas da análise foram realizadas por quatro pesquisadoras, independentemente, seguida em cada etapa de uma discussão para o consenso sobre os temas.

Para identificação das falas, os profissionais foram codificados, conforme a seguir: E, enfermeiro; CD, cirurgião dentista; ASB, auxiliar de saúde bucal; ACS, agente comunitário de saúde; CSB, coordenador de saúde bucal; N, nutricionista; TE, técnico de enfermagem; D, diretora da escola.

Os responsáveis pelas crianças, em função da maioria dos participantes ser a mãe (somente um pai), foram identificados com a letra M seguida do número da entrevista.

Para análise foi assumido como referencial teórico a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) implantada em 2004 (Brasil, 2004), com objetivo de organizar a atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Esta política se baseia na reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Para a faixa etária de 0 a 5 anos propõe incluir as crianças com 6 meses de idade, assistidas pela atenção primária, aproveitando momentos de consultas e vacinação e em espaços sociais. Para gestantes orienta o trabalho integrado à equipe de saúde, devendo ser encaminhada para consulta odontológica, ao iniciar o pré-natal. A PNSB propõe também a realização de atividades coletivas para informação aos responsáveis, identificação de risco e encaminhamentos necessários, com equipe multiprofissional (Brasil, 2004).

O presente estudo seguiu orientações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*, que é uma lista de verificação de critérios para pesquisas qualitativas, que tem como objetivo promover relatórios completos e transparentes ampliando assim o rigor, a abrangência e a credibilidade dos estudos de grupos focais no ambiente científico (Tong et al., 2007).

3. Resultados

Os resultados foram baseados na organização, ordenação e análise dos referenciais teóricos balizadores desse estudo, dos materiais colhidos e da vivência no ambiente de estudo, dos dois grupos focais realizados. Procurou-se identificar e analisar os temas comuns nos dois grupos apesar de perguntas norteadoras diferentes.

Após a análise das falas dos profissionais e responsáveis pelas crianças, foram identificados três temas:

1- *O papel do serviço de saúde:*

Os profissionais percebem o serviço como resolutivo em relação ao fluxo, ao acesso e qualidade do serviço prestados, com

fluxo de consultas coordenado entre o pré-natal e a odontologia. Porém, entendem ser necessária a interlocução com a educação para capacitação do corpo docente em relação à saúde bucal. Os responsáveis pelas crianças consideraram ser necessária a atuação do serviço no controle e prevenção desde o nascimento, na educação em saúde bucal e na assistência às gestantes.

2- O papel da família:

Neste tema, sobre o que observam nas “atitudes dos responsáveis” foi a categoria mais discutida e pontuada pelos participantes. Aspectos relativos à alimentação, orientações e hábitos familiares, bem como o interesse próprio, a autonomia do paciente e as complementações alimentares usadas, também foram apontadas. Os responsáveis pelas crianças reconhecem seu papel desde amamentação até os cuidados com higiene bucal e hábitos, e consideraram estas tarefas difíceis.

3- O papel da escola:

Os profissionais entendem as ações nas escolas como representativas e impactantes na promoção de saúde das crianças. Exaltam a necessidade do envolvimento de equipe multiprofissional, sendo a escola espaço adequado para orientação e criação de rotina alimentar. Para os responsáveis ficou nítida a compreensão do papel da escola nas ações promotoras de saúde perpassando pelos aspectos merenda escolar, ações de prevenção e hábitos saudáveis.

Os temas e as falas principais dos profissionais e dos responsáveis pelas crianças, participantes dos grupos, estão representados nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1- Temas e falas principais emergentes do grupo focal de profissionais.

Tema	Falas Principais correspondentes
Serviço de saúde	<p>“[...] no pré-natal a gente já tem um vínculo com a Odontologia [...] a primeira consulta da gestante e de lá ela já sai com agendamento para a consulta de odontologia. [...] É um tratamento preventivo mesmo, para que ela não tenha dor de dente durante a gestação.” (E)</p> <p>“[...] está faltando muito é colocar consulta odontológica no mesmo dia do pré-natal. [...] a gente estava vendo que ela tem muita falta.” (CD)</p> <p>“[...] É muito fácil, o acesso é muito bom.” (ASB)</p> <p>“[...] a escovação na escola é muito bem-feita.” (ACS)</p> <p>“[...] ter uma parceria maior com a educação [...] treinar os professores e as monitoras pra elas também entenderem que isso seria um pouco do papel delas ...” (CSB)</p>
Família	<p>“A partir do sexto mês o ideal é entrar com a introdução da alimentação complementar, mas não necessariamente o açúcar, até dois anos não precisa e não DEVE ofertar açúcar para criança.” (N)</p> <p>“[...] As mães utilizam muito mucilon, então é mais cultural [...] não tem indicação nenhuma. [...] a função do mucilon é engordar.” (E)</p> <p>“Ter mais interesse também nas coisas, no tratamento é junto com a organização porque às vezes eu faço um trabalho ou o município oferece o trabalho, mas se eu não tiver o interesse nada vai pra frente. Então, o próprio paciente ou o próprio que está vindo procurar o tratamento tem interesse daquilo que está fazendo...” (TE)</p> <p>“[...] observar os ingredientes e evitar o máximo esses processados, usaros naturais mesmo.” (N)</p> <p>“[...] as mães estão empenhadas em amamentar, estão amamentando, os meninos estão vindo bem nutridos, então a gente vê que está tendo essa efetividade. Agora até os 6 meses exclusivo, aí de fato não acontece não.” (E)</p> <p>“Porque também tem a questão: meu filho não está ganhando peso adequado. [...] A gente tem muita memória do bebê gordo!” (N)</p>

Escola	<p><i>“Essa creche agora que abriu, a gente tem crianças de 6 meses a 6 anos e a primeira orientação que eu passo é que a gente não vai usar açúcar para as crianças [...] Até porque até 2 anos não há necessidade.” (N)</i></p> <p><i>“[...] a atenção dada a escola é fantástica [...] tem crianças que são acompanhadas até a adolescência, quando chega em torno dos 10 (anos) não tem nada para fazer ...” (CD)</i></p> <p><i>“E toda vez que vai (para escola), ganha escova.” (ASB)</i></p> <p><i>“[...] eu acho que precisa, de todos os profissionais estarem envolvidos igual, por exemplo na reunião de pais, está um nutricionista, importante chamar alguém da saúde bucal, chamar todos sabe porque primeiro para os pais entenderem e começar a criar o hábito, porque é só o hábito mesmo que gera mudança.” (CSB)</i></p> <p><i>“[...] nenhuma criança leva nenhum tipo de alimento. Então, da entrada a saída eles comem todos as mesmas coisas. Eu falo assim, a metodologia da instituição é assim [...] eles vão ter que entrar no ritmo da instituição. [...] Nenhum doce se come na nossa instituição. Nem refrigerante não entra.” (DE)</i></p> <p><i>“[...] a gente precisa, [...] é instituir escovação obrigatória nas escolas depois da merenda ...” (CD)</i></p> <p><i>“Na entrada, assim que eles chegam eles recebem uma refeição. O ministério da educação preconiza o mínimo de 3 porções de fruta por semana então isso é atendido. [...] Tem dia que a criança leva fruta, hoje eu liberei, levam a maçã para casa. Aí na merenda mesmo, no horário preconiza também os legumes diariamente [...] quando acaba tem o lanchinho deles de casa.” (N)</i></p>
--------	--

Fonte: Autores.

Quadro 2 - Temas e falas principais emergentes do grupo focal dos responsáveis pelas crianças.

Tema	Falas Principais correspondentes
Serviço de saúde	<p><i>“Aí que o posto chamou para fazer tratamento dentário, quando você está grávida...quando você tem preferência (mãe falando sobre a saúde bucal na gravidez).” (M10)</i></p> <p><i>“Eu acho que, no acompanhamento da criança até dois anos, tinha que ser com o dentista também, [...] porque já olha outras partes, então tem que olhar a boca também, porque aí já faz serviço completo.” (M7)</i></p> <p><i>“[...] E agora começa a escovação da criança (falam na consulta), mas a gente não tem informação nenhuma [...] deveria ter mais informação nesse acompanhamento de 0, quando a criança nasce, até 2 anos!” (M10)</i></p> <p><i>“Quando o dente dá problema (é que a mãe leva ao dentista).” (M11)</i></p> <p><i>“[...] se tiver o acompanhamento certo, não vai ter problema.” (M1)</i></p>
Família	<p><i>“[...] Escovar os dentinhos, escovar antes de deitar, escovar entre as refeições, não dar muita coisa doce para ela.” (M5)</i></p> <p><i>“Mas eu acho tão difícil escovar os dentes deles ...” (M12)</i></p> <p><i>“As mães sempre fazem mais, e os pais passam a mão na cabeça.” (M3)</i></p> <p><i>“[...] quem passa a mão na cabeça são os avós. A gente fala não eles vão lá e adulam.” (M4)</i></p> <p><i>“Eu acho difícil essa parte, tirar a bala!” (M12)</i></p> <p><i>“[...] tentando evitar por conta do refrigerante também.” (M6)</i></p>
Escola	<p><i>“[...] Criança chega, eles dão uma fruta, aí depois, eles comem a comida da escola...depois, tem um lanchinho?” (M10)</i></p> <p><i>“[...] Aí acaba que a criança não tem culpa nenhuma de ver a outra comendo uma coisa que ele queria, e fica até com vontade.” (M6)</i></p> <p><i>“Eu acho que é ensinar desde pequeno a questão da prevenção... é uma coisa que a gente nunca esquece da escola, o fio dental mesmo.” (M13)</i></p> <p><i>“Minha menina chegou lá em casa falando isso mesmo. Mamãe vamos colocar um grão de arroz na escova.” (M2)</i></p> <p><i>“Escovo nas horas certas e ela fica na creche. Então, a creche incentiva isso e ajuda.” (M3)</i></p>

Fonte: Autores.

4. Discussão

Nesse estudo, procurou-se identificar os sentidos e significados que os participantes atribuíram a questões relacionadas ao cuidado em saúde bucal para crianças de 0 a 5 anos. Para isso foram envolvidos os principais cuidadores dessas crianças: os responsáveis pelas crianças, 12 mães e um pai, e os cuidadores profissionais, todos participantes da rede de cuidados para crianças de zero a cinco anos, no município do estudo.

A metodologia qualitativa é uma ferramenta importante e recentemente sugerida para conhecer, compreender e perceber o serviço e o que pode ser feito como estratégia de intervenção para elaboração de programas de promoção de saúde efetivos e resolutivos (Hakojärvi et al., 2019). Fornece as experiências, expectativas e perspectivas dos participantes, facilitando o envolvimento de todos no processo.

Previamente a esse estudo, um levantamento epidemiológico foi realizado para conhecimento da situação da saúde bucal atual das crianças de zero a cinco anos. Foram examinadas 333 crianças, com 267 (79,88 %) livres de cárie. Observou-se um aumento na prevalência da doença (média de ceo-d) de acordo com a idade, sobretudo dos três ($0,32 \pm 0,99$) aos cinco anos de idade ($1,03 \pm 2,44$). Das 67 crianças que apresentaram a cárie dentária, 29 (43,28 %) se encontravam com três ou mais dentes cariados.

Para os profissionais o serviço de saúde é considerado *muito bom* e de *fácil acesso* , com resolutividade, incluindo a população escolar do município. Destacaram a importância do fluxo existente para atendimento das gestantes na Odontologia, durante o pré-natal e sugeriram o agendamento das consultas de enfermagem e odontologia no mesmo dia para minimizar o absenteísmo. Consideram crucial o papel do profissional que faz a consulta de pré-natal (enfermeiro) no encaminhamento para o atendimento odontológico.

A fala de uma mãe reforça esse acolhimento às gestantes e o atendimento prioritário garantido, conforme preconizado pela PNSB (Brasil, 2004). No entanto percebe-se uma estranheza da responsável, com o fato de uma gravidez se tornar um passaporte para se ter acesso ao serviço odontológico. A OMS enfatiza a importância da saúde bucal e das intervenções, com uma abordagem do curso de vida, desde a gestação até o nascimento dos filhos, incluindo os fatores de risco (World Health Organization, 2021).

Existe entre os profissionais um certo descompasso com as gestantes, já que uma fala se refere a esse tratamento como “preventivo”, para “ *não sentir dor* ”, mas a fala da mãe diz que são chamadas para “ *tratamento dentário* ”. É preciso que fique clara a proposta do serviço frente à percepção das mães. A oferta de serviços pode não se adequar à expectativa da gestante (Zavanelli et al., 2017) e nesse caso, a falta à consulta poderia ter aí suas raízes, e não simplesmente, falta de interesse. Com relação às crianças, embora cerca de 20% tenham apresentado dentes cariados, nenhuma observação foi feita quanto ao atendimento clínico necessário.

Os responsáveis reconhecem que levam a criança ao atendimento odontológico “ *quando o dente dá problema* ”. Mas expressam seu desejo: que a criança fosse examinada também pelo cirurgião dentista, começando mais cedo, nas consultas da puericultura, porque “ *já olha outras partes, então tem que olhar a boca também* ”, o que chamam de “ *serviço completo* ”. Acreditam que o acompanhamento vai evitar os *problemas* .

A saúde bucal infantil apresenta um conceito multidimensional e multinível de determinantes de saúde. Modelos explicativos tradicionais, considerando apenas dois fatores (redução do açúcar e escovação) têm sido insuficientes para identificar as causas estruturais de sua alta incidência e prevalência em populações, tendo, portanto, uma capacidade limitada de prevenir a doença (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020; S. A. Fisher-Owens et al., 2007; Seow, 2018).

Isso gera um contexto complexo no cuidado e prevenção à cárie na primeira infância, sendo necessária, segundo Fisher-Owens, (2014), uma ampla discussão com todos os responsáveis pelo cuidado para ajustar suas orientações, implementar técnicas adequadas, para obter melhores resultados e adesão da família.

Os profissionais consideram que a escovação nas escolas, tarefa executada pelas auxiliares e técnicas de saúde bucal, é altamente efetiva. Mas ainda assim desejam uma parceria maior com o setor educacional para capacitação dos envolvidos para escovação diária nas instituições, já que *“isso é papel delas”*. Ressalta-se que em 2017, o município aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial, instituída em 2007, com a perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde junto aos alunos da rede pública de ensino (Brasil, 2007). Os responsáveis sentem falta de uma melhor orientação para a escovação de suas crianças. Recebem a escova e o creme dental e a informação de que já podem começar a escovar os dentes da criança, mas relatam *“não saber como fazer”*.

A *“parceria”* desejada pelos profissionais tem que se atualizar. Sair dos modelos de determinação majoritariamente utilizados na prática odontológica seguindo para modelos mais novos, que apontam para a constituição de equipes interdisciplinares, com esforços intersetoriais, considerando a integralidade do cuidado. Para que sejam vencidos os desafios do acesso e da equidade, na saúde bucal da primeira infância, serão necessárias intervenções em nível familiar, comunitário e sistêmico que implementem diretamente a compreensão da comunidade, para ter efetividade (Kyoon-Achan et al., 2021).

Os profissionais percebem e relatam a ocorrência da amamentação por seis meses, resultado do trabalho feito com a gestante e nas primeiras consultas da criança. Não relataram ocorrência do desmame precoce atribuído muitas vezes à ausência de leite ou fissuras nos mamilos. Mas não consideram que é uma amamentação exclusiva como recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019). Muitas causas podem estar motivando a introdução precoce de alimentos alternativos. Comentam sobre a ansiedade provocada pela certeza do desmame que virá, com o retorno ao trabalho. Percebem como fator dificultador para as mães a ansiedade da perda do vínculo afetivo criado com o bebê, quando elas retornarem ao trabalho (Rocha e Moimaz, 2021; World Health Organization, 2019b).

Os profissionais insistem na ausência do açúcar até dois anos, mas os responsáveis consideram muito difícil esta missão. Os alimentos usados na alimentação complementar após seis meses, e a mamadeira, não devem conter açúcar, sendo recomendado adotar estratégias para orientação de pais e cuidadores (Moynihan et al., 2019). O açúcar é um fator de risco comum para a CPI e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCTN), portanto, sua ausência pode trazer benefícios não só para prevenir a CPI, mas também, outros agravos (World Health Organization, 2019a).

Foi destacado no grupo pelos profissionais o uso do *“mucilon”* e a falsa associação de *“bebê gordo”* como bebê saudável. Os profissionais insistem em dizer que esse é um alimento desnecessário, e por vezes até prejudicial. Mas as mães até se esforçam para comprar. É preciso que os profissionais reflitam porque suas informações estão sendo substituídas por conselhos de amigas e parentes ou pela informação da mídia, com prováveis prejuízos para a criança (Herval et al., 2019). Nos relatos dos responsáveis, a dificuldade de controlar a ingestão do açúcar foi definida como tarefa muito difícil. Não se referem em nenhum momento ao açúcar colocado nos alimentos, em mamadeiras por exemplo. Quando o assunto é controle do açúcar, relatam a dificuldade de diminuir ou abolir balas e refrigerantes. Se consideram isolados nessa tarefa, lutando contra forças contrárias, os pais e os avós, que *“passam a mão na cabeça”*.

Da mesma maneira, a escovação dos dentes é também considerada pelos responsáveis, uma tarefa difícil. A PNSB orienta ser primordial atuação da equipe de saúde bucal em grupos de pais para orientação e educação em saúde, preferencialmente em grupos existentes nas equipes de saúde da família para articulação e troca de saberes compartilhados, na produção do cuidado. O Ministério da Saúde, reitera o papel da família no cuidado, prática e supervisão da higiene oral dos filhos, desde recém-nascido. Fala dos estímulos, habilidades para desenvolvimento e a responsabilidade na criação de hábitos saudáveis (Brasil., 2012).

A justificativa dos responsáveis é simples: não sabem como fazer. Tanto para o a escovação, como para o controle do açúcar ou o uso do alimento *mucilon*, além de considerar a qualidade e o alcance de uma informação repassada para eles, é preciso saber se esse hábito tem significado para o responsável, qual sua experiência anterior, que informações lhe foram dadas,

quando e por quem foram dadas (Robles et al., 2010).

As intervenções técnicas de cada especialidade articulando com os outros saberes atuam na produção do cuidado integral nas unidades de saúde e em espaços sociais coletivos. O nutricionista, agente comunitário de saúde, auxiliar e técnico em saúde bucal são importantes atores nas ações de promoção de saúde integrando a equipe (Fisher-Owens & Mertz, 2018).

É unanimidade entre profissionais e responsáveis, o sucesso do programa de escovação nas escolas. No município estudado, há programa de saúde bucal implantado há mais de 10 anos, por meio do qual são realizadas, nas creches, entrega de escova de dente e dentifrício fluoretado, higiene bucal supervisionada, levantamento de necessidades em saúde bucal e encaminhamento para atendimento odontológico pela equipe de saúde bucal, conforme preconizado pela PNSB (Brasil, 2004). No entanto, nada foi comentado pelos profissionais de saúde quanto a esse encaminhamento.

Embora esses programas de escovação sejam eficazes colaboradores para uma vida saudável, deve-se destacar que muitas vezes o problema apresenta outras causas, além do biofilme, do açúcar e da placa. Não necessariamente esta prática poderá propiciar aquisição de habilidades para escolhas saudáveis (World Health Organization, 2019a). Mas, sem dúvida, a escola é local para se trabalhar várias vertentes da promoção de saúde baseados na integralidade do cuidado. Desde que o trabalho seja interprofissional, com a participação da comunidade, por intermédio das famílias (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020; World Health Organization, 2021).

Um ponto que ficou bastante nítido na fala dos responsáveis é a compreensão do papel da escola nas ações impactantes para saúde e na formação de hábitos saudáveis. No que tange à merenda escolar, os responsáveis concordam na normatização quanto à unificação da alimentação escolar, não sendo permitido ao aluno levar merenda de casa. Esta medida poderia evitar “*ver a outra comendo uma coisa que ele queria, e ficar até com vontade*”. Citam que a alimentação fornecida pela creche é de boa qualidade e balanceada.

É algo imprescindível a ser conquistado nas instituições, mas necessita do apoio e adesão completa da família na aquisição e entendimento da rotina e normas escolares para facilitar adesão e adequação das crianças. É imprescindível atuação intersetorial, notavelmente efetiva no município estudado com participação do nutricionista no cardápio escolar, orientação à família e direção escolar.

Na legislação brasileira existe a normatização para o fornecimento de alimentação saudável nas instituições escolares públicas e privadas (Brasil, 2019). As famílias podem e devem acompanhar e discutir sobre o cardápio, que deve ter como base, alimentos in natura ou minimamente processados, como, arroz, feijão, carnes, legumes, verduras e frutas. Os ultra processados, como biscoitos, refrigerantes, outras bebidas adoçadas, salgadinhos, guloseimas entre outros não devem ser usados. É essencial a discussão com toda a comunidade escolar e profissionais de saúde, incluindo nutricionistas, sobre o uso de merenda trazida de casa e a prática de atividades educativas alimentares para a família (Brasil, 2019, 2009).

Os profissionais destacam que a reunião de pais é um ambiente estratégico e acolhedor, propiciado pela escola, com amplo acesso para envolvimento dos pais e orientação sobre hábitos saudáveis, através de equipe multiprofissional. A família é norteadora na adoção e manutenção de hábitos saudáveis preconizados por toda a equipe de cuidado e assistência à saúde da criança. As ações em saúde bucal, no ambiente coletivo, devem ser baseadas nos eixos integralidade e intersetorialidade para alcançar as dimensões do cuidado, qualidade de vida e promoção de saúde, conforme a PNSB (Brasil, 2004).

A integração entre os profissionais da rede de cuidado é uma forma de promover cuidados acessíveis, abrangentes e contínuos nas organizações de saúde, alcançando a integralidade do cuidado. O trabalho em equipe depende nas interações dentro do grupo, no ambiente de trabalho e dos profissionais envolvidos (Bruner et al., 2011). Há resultados positivos e promissores utilizando programas de promoção da saúde bucal nas escolas, principalmente envolvendo crianças, professores e pais (Azevedo et al, 2021; Bramantoro et al., 2021). A priorização de medidas educacionais, a gestão e a colaboração interprofissional, por meio de projetos interprofissionais inovadores podem facilitar a integração e organização da atenção à

saúde (Harnagea et al., 2018).

Apesar da coleta de dados ter incluído uma ampla gama de profissionais da rede de cuidado da criança e os resultados terem sido compartilhados com a gestão e com o Conselho Local de Saúde, notamos que uma discussão mais ampla poderia ser feita se houvesse participação de maior número de atores envolvidos como outros profissionais da educação, médico, pediatra e a comunidade.

A realização de mais um encontro em cada grupo focal ampliaria a discussão, pois alguns pontos poderiam ser retomados e aprofundados. Mas não foi possível devido ao isolamento social imposto pela pandemia do coronavírus.

5. Considerações Finais

É significativo ressaltar a interação e participação conjunta dos três domínios temáticos estudados para se obter melhorias nos padrões atuais de cárie na primeira infância e para se almejar objetivos futuros em relação ao desenvolvimento infantil e saúde do adulto. Deve-se atuar nas esferas serviço de saúde, família e escola, de maneira concomitante e interativa, com ações individuais e coletivas, visando uma aproximação com envolvimento, orientação, capacitação, autonomia, vínculo e assistência fortalecendo cada uma das vertentes ou elos para atuação da rede de atenção à saúde.

A família, a escola e o serviço de saúde são responsáveis pelo cuidado da criança. As estratégias e ações deverão ser construídas pelos três segmentos, em conjunto, resultando em propostas para atividades individuais e coletivas, no âmbito da escola, do serviço de saúde e espaços sociais, para alcançar um maior número de famílias. Atuando nestes 3 domínios: família, escola e serviço, se formaria uma rede de promoção à saúde da criança na primeira infância. Ações inovadoras podem ser implementadas para se alcançar resultados na saúde integral da criança com atuação interprofissional para o cuidado infantil.

O contexto multifacetado do cuidado e prevenção à cárie na primeira infância faz com que ocorra ampla discussão com todos os profissionais da rede de atenção à saúde, escola e família para ajustar suas orientações, rever hábitos e rotinas domiciliares, implementar técnicas adequadas para obter resultados mais promissores e adesão da família e dos envolvidos na promoção de saúde na primeira infância. A compreensão da realidade do território deve ser o eixo norteador para se estabelecer uma estratégia de intervenção com programas de promoção de saúde baseados nos anseios e voltados para a comunidade, para maior adesão, impacto, efetividade e resolutividade.

Referências

- American Academy of Pediatric Dentistry. (2020). Policy on Oral Health Care Programs for Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*, 39–42. https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_oralhealthcareprog.pdf
- Azevedo, C. R. L., Ferreira, L. C. P., Rodrigues, M. M., Saraiva, J. V., Toda, C., Souza, S. S., Vieira, J. M. R., Mesquita, M. G., Rubens, S. M. R., Leon, S. F. P., Vieira, L. S. J. L. (2021) Atuação de uma equipe interprofissional no Programa Saúde na Escola: Relato de experiência. *Research, Society and Development*, 10(3): e52410313628. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13628>.
- Bastos, V. A. S., Freitas-Fernandes, L. B., Da Silva Fidalgo, T. K., Martins, C., Mattos, C. T., De Souza, I. P. R., & Maia, L. C. (2015). Mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans*: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 43(2).
- Bramantoro, T., Santoso, C. M. A., Hariyani, N., Setyowati, D., Zulfiana, A. A., Nor, N. A. M., Nagy, A., Pratamawari, D. N. P., & Irmalia, W. R. (2021). Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. *PLoS ONE*, 16.
- Brasil. (2012). *Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 272. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
- Brasil. (2004). *Política Nacional de Saúde Bucal*. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
- Brasil. (2007). *Decreto n. 6286, de 5 de Dezembro de 2007- Institui o Programa Saúde na Escola- PSE*. Diário da República, 1ª série - nº 116. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
- Brasil. (2011). *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

- Brasil. (2018). Brasil, A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_sau.gov.pdf
- Brasil. (2019). *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* Ministério da Saúde. Brasília. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
- Brasil, M. da S. S. de A. B. (2009). *Cadernos de Atenção Básica - Saúde na Escola*. Ministério da Saúde. Brasília. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf
- Bruner, P., Waite, R., & Davey, M. P. (2011). Providers' perspectives on collaboration. *International Journal of Integrated Care*, 11(3).
- Chen, K. J., Gao, S. S., Duangthip, D., Li, S. K. Y., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2017). Dental caries status and its associated factors among 5-year-old Hong Kong children: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 17(1).
- Chen, K. J., Gao, S. S., Duangthip, D., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2019). Early childhood caries and oral health care of Hong Kong preschool children. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 11, 27–35.
- da Cunha, A. J. L. A., Leite, Á. J. M., & de Almeida, I. S. (2015). The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria*, 91(6 Suppl 1), S44-51.
- Fisher-Owens, S. (2014). Broadening perspectives on pediatric oral health care provision: Social determinants of health and behavioral management. *Pediatric Dentistry*, 36(2), 115–120.
- Fisher-Owens, S. A., Gansky, S. A., Platt, L. J., Weintraub, J. A., Soobader, M. J., Bramlett, M. D., & Newacheck, P. W. (2007). Influences on children's oral health: A conceptual model. *Pediatrics*, 120(3): e510-20.
- Fisher-Owens, S. A., & Mertz, E. (2018). Preventing Oral Disease: Alternative Providers and Places to Address This Commonplace Condition. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 1063–1072.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2).
- Hakojärvi, H. R., Selänne, L., & Salanterä, S. (2019). Child involvement in oral health education interventions – A systematic review of randomised controlled studies. *Community Dental Health*, 36(4), 287–293.
- Harnagea, H., Lamothe, L., Couturier, Y., Esfandiari, S., Voyer, R., Charbonneau, A., & Emami, E. (2018). From theoretical concepts to policies and applied programmes: The landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health*, 18(1).
- Herval, Á. M., de Oliveira, F. P. S. L., Machado, K. M., Vasconcelos, M., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F. e., Amaral, J. H. L. do, Vargas, A. M. D., & Gomes, V. E. (2019). Mothers' perception about health education in brazilian primary health care: A qualitative study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(5), 669–676.
- IBGE. (2019). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Cidades*. <https://cidades.ibge.gov.br/>
- Kyoon-Achan, G., Schroth, R. J., DeMaré, D., Sturym, M., Edwards, J. M., Sanguins, J., Campbell, R., Chartrand, F., Bertone, M., & Moffatt, M. E. K. (2021). First Nations and Metis peoples' access and equity challenges with early childhood oral health: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 20(1).
- Lin, Y. C., Wang, W. C., Chen, J. H., Chen, P. H., Lee, C. H., & Huang, H. L. (2017). Significant caries and the interactive effects of maternal-related oral hygiene factors in urban preschool children. *Journal of Public Health Dentistry*, 77(3), 188–196.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(3), 621–626.
- Moynihan, P., Tanner, L. M., Holmes, R. D., Hillier-Brown, F., Mashayekhi, A., Kelly, S. A. M., & Craig, D. (2019). Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors That Modify Risk of Early Childhood Caries. In *JDR Clinical and Translational Research*, 4(3): 202–216.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194): 249–260.
- Phantumvanit, P., Makino, Y., Ogawa, H., Rugg-Gunn, A., Moynihan, P., Petersen, P. E., Evans, W., Feldens, C. A., Lo, E., Khoshnevisan, M. H., Baez, R., Varenne, B., Vichayanrat, T., Songpaisan, Y., Woodward, M., Nakornchai, S., & Ungehusak, C. (2018). WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(3), 280–287.
- Robles, A. C. C., Grosseman, S., & Bosco, V. L. (2010). Practices and meanings of oral health: A qualitative study with mothers of children assisted at the federal University of santa catarina. *Ciencia e Saude Coletiva*, 15(SUPPL. 2), 3271–3281.
- Rocha, N. B., Moimaz, S. A. S. (2021) Estudo clínico randomizado sobre a influência da motivação e acompanhamento de profissionais de saúde na prática de aleitamento materno. *Research, Society and Development*, 10(5):e18210514729.
- Seow, W. K. (2018). Early Childhood Caries. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5): 941–954.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- Uribe, S. E., Innes, N., & Maldupa, I. (2021). The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 31(6):817-830.

World Health Organization. (2019a). *Ending childhood dental caries: WHO implementation manual*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330643/9789240000056-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2019b). *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills - Breastfeeding*. 149-162. Department Maternal, newborn, child and adolescent health. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44016/9789241547628_eng.pdf?jsessionid=253951CC7044630EF58D93209F8BE8B7?sequence=1

World Health Organization. (2021). Oral Health. Document EB148.R. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R1-en.pdf.

Zavanelli, A. C., Sônego, M. V., Zavanelli, R. A., Mazaro, J. V. Q., & Falcón-Antenucci, R. M. (2017). Perception and expectation. What do patients really want from the dental treatment? *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 65(3), 243–248.