

Telma de Almeida Souza

**A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA  
ATENÇÃO À CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA:  
ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Conselheiro Lafaiete/Minas Gerais  
2011

Telma de Almeida Souza

# **A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO À CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Conselheiro Lafaiete/Minas Gerais  
2011

Telma de Almeida Souza

# **A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO À CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira  
Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Aprovado em Conselho Lafaiete: 06/08/2011

“Se temos de esperar,  
que seja para colher a semente boa  
que lançamos hoje no solo da vida.

Se for para semear,  
então que seja para produzir  
milhões de sorrisos,  
de solidariedade e amizade”.

***Cora Coralina***

## RESUMO

A cárie precoce da infância (CPI) é considerada um grave problema de saúde pública. A atenção direcionada a esta enfermidade engloba um conjunto de ações que envolvem as competências adquiridas pela equipe envolvida. O presente estudo buscou, através de um levantamento bibliográfico, avaliar o papel da equipe de saúde da família em relação às ações em saúde bucal infantil, especificamente o enfrentamento da CPI. Por meio do conhecimento obtido nessa revisão de literatura verificou-se que a abordagem de risco comum tende a otimizar esforços, podendo auxiliar na redução de casos de cárie precoce. Essa abordagem é proveniente do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família, que busca promover a saúde integral da criança. Afinal, a saúde bucal deve ser considerada parte integrante da saúde geral das pessoas. A formação profissional adequada e a capacitação constante corroboram todo esse processo de atenção integral, promovendo a melhoria da qualidade de vida.

**Descritores:** Saúde da Família, Equipe Multiprofissional, Cárie Precoce da Infância, Saúde bucal.

## **ABSTRACT**

Early childhood caries (ECC) is considered a serious public health problem. The attention directed to this disease encompasses a set of actions involving the skills acquired by the team involved. This study sought through a literature review, assessing the role of the Family Health Team in relation to child oral health practices, specifically coping with the ECC. Through the knowledge gained from this literature review found that the joint venture approach tends to optimize efforts and may help reduce cases of early childhood caries. This approach comes from work done by the Family Health Team, which seeks to promote the health of the child. After all, oral health must be considered part of the overall health of people. The professional education and training corroborate all this constant process of comprehensive care, promoting the improvement of quality of life.

**Keywords:** Family Health, Multidisciplinary team, Early Childhood Caries, Oral Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>CPI</b>	Cárie Precoce da Infância
<b>ECC</b>	Early Childhood Caries
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>ESB</b>	Equipes de Saúde Bucal
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA .....	9
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo Geral.....	10
3.2 Objetivos Específicos.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	12
5.1 Cárie Precoce da Infância (CPI): determinantes e efeitos biopsicossociais .....	12
5.2 Promoção da Saúde e Abordagem de Risco Comum .....	14
5.3 Abordagem Multiprofissional na Atenção à Saúde Bucal .....	15
6 DISCUSSÃO.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
8. REFERÊNCIAS .....	24

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho e o planejamento das ações em equipe são essenciais para alcançar resultados mais positivos e duradouros na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Devido à alta prevalência e ao grande impacto que exerce sobre a saúde da criança, a atenção à cárie precoce da infância (CPI) engloba um conjunto de ações que exige a efetivação das competências adquiridas pela equipe inserida na ESF.

A CPI corresponde a uma doença de rápida evolução, associada a uma dieta bastante cariogênica e também a más condições de higiene bucal. Isso acontece, sobretudo, após a amamentação noturna com leite e sacarose sem posterior limpeza dos dentes. É comum em crianças com idade entre 6 e 36 meses. Pode levar a quadros de dor, infecção e perda precoce de dentes decíduos. Nos casos mais severos pode ocasionar problemas relacionados à mastigação, fonação, respiração e/ou articulação, causando danos para a saúde da criança e prejudicando, assim, seu crescimento e desenvolvimento (LIMA, 2001; MINAS GERAIS, 2006).

É essencial que o controle da cárie precoce não seja limitado a um cuidado individual no consultório odontológico (mudanças de comportamento relacionadas ao açúcar, biofilme e flúor). Afinal, ações preventivas executadas isoladamente, possuem pouco impacto em indivíduos com acesso limitado ao serviço de saúde. Torna-se necessário, portanto, considerar-se a doença de modo mais amplo, tomando por base o conceito de promoção da saúde, que vai além da prevenção individual (LIMA, 2001; BONECKER, 2004).

Sendo assim, é imprescindível que a equipe profissional inserida na ESF considere a relevância de reorganizar a atenção dedicada a essa enfermidade, envolvendo toda a equipe. As ações devem ser direcionadas e realizadas a partir de uma abordagem multidisciplinar, não criando programas específicos para este grupo etário que sejam verticalizados e isolados das demais ações da equipe de saúde da família (MINAS GERAIS, 2006).

Um bom recurso para se trabalhar em equipe, visando à promoção da saúde, é a chamada “Abordagem de Risco Comum”. Essa abordagem corresponde a ações que englobam toda a equipe e diversos setores da sociedade, em fatores ligados a um diversificado grupo de doenças. O trabalho aperfeiçoa esforços, auxiliando na melhoria da qualidade de vida de um maior número de pessoas.

Por isso, a importância de se discutir a relevância do trabalho multidisciplinar e a (co)responsabilização dos profissionais das equipes de saúde da família. A redução de casos de CPI, desse modo, deverá ser proveniente do trabalho realizado pela equipe de saúde da família que, ao dedicar real atenção à saúde integral da criança, conquistará outros benefícios prolongados e sustentáveis para essa parcela da população e suas famílias.

## 2 JUSTIFICATIVA

A doença cárie, como afirmaram Antunes *et al.* (2006), é uma grande responsável por quadros de dor e desordens funcionais/estéticas. No entanto, apesar de todas as medidas preventivas contra a doença, a mesma ainda é bastante prevalente na infância em determinados locais.

Considerando-se a etiologia multifatorial da cárie, bem como a importância dos fatores comportamentais, psicológicos e socioeconômicos associados à doença, é primordial que os profissionais e a população em geral conheçam os fatores de risco reais associados à prevalência de cárie em bebês e em crianças na fase pré-escolar (RIBEIRO *et al.*, 2005).

A implantação de equipes multidisciplinares nos serviços de saúde foi feita com o intuito de oferecer uma assistência integral à população. Por isso, tanto no âmbito do conhecimento teórico quanto da prática clínica, é importante que os profissionais envolvidos estejam conscientes da necessidade de uma prática de trabalho baseada na construção coletiva do conhecimento.

Para um desenvolvimento adequado do processo de trabalho em saúde, incluindo a saúde bucal, os profissionais inseridos nas equipes de saúde devem ter uma visão integral do usuário. Devem atuar com ações preventivas para todas as doenças, sejam elas pertinentes à cavidade bucal, pele, coração ou qualquer outra parte do corpo, sem distinção.

Este estudo é importante porque permite a reflexão sobre a atuação multiprofissional da equipe de saúde da família frente à cárie precoce. Conforme afirmaram Ribeiro *et al.* (2005), considerando-se o aspecto social, o desenvolvimento de pesquisas que visem conhecer os fatores envolvidos na etiologia da cárie precoce, bem como, as estratégias desenvolvidas para o seu enfrentamento, é de grande importância.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar e discutir o papel da equipe de saúde da família em relação às ações e aos cuidados com a saúde bucal infantil.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Avaliar as ações da equipe de saúde da família em relação à CPI.

Analisar e discutir a “Abordagem de Fatores de Risco Comum” no trabalho das equipes de Saúde da Família;

Suscitar a reflexão do processo de trabalho em saúde bucal, direcionando o trabalho para ações multiprofissionais e intersetoriais, buscando a Integralidade da Atenção e a Promoção da Saúde.

#### 4 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema principal “Cárie Precoce da Infância”, buscando identificar limites e possibilidades para o trabalho da equipe de saúde da família na prevenção e controle desta doença.

Foram selecionadas produções de literatura especializada publicadas entre os anos 1986 e 2010 em livros, documentos oficiais, artigos científicos, nos idiomas português, inglês e espanhol. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed (MEDLINE) e BVS (BIREME/LILACS e BBO), além das bibliotecas virtuais SCIELO e Periódicos CAPES, e livros didáticos de bibliotecas da UFMG.

Como temas secundários foram utilizadas publicações sobre “Organização de Serviços de Saúde”, “Atenção à Saúde da Criança”, “Integralidade da Atenção”, “Equipes Multiprofissionais”, “Promoção da Saúde” e “Processos de Trabalho em Saúde da Família”. A seleção do material científico utilizado baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos do presente estudo. Os principais descritores utilizados para a pesquisa foram: Saúde da Família, PSF, Equipe Multiprofissional, Cárie Precoce da Infância, Saúde bucal, *Children’s oral health*, *Early childhood caries* e *Salud bucodental*.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Cárie Precoce da Infância (CPI): determinantes e efeitos biopsicossociais

A CPI corresponde a um termo utilizado para determinar o acometimento de lesão cáriosa em crianças na idade de 6 a 36 meses (fase pré-escolar). O termo define a idade do grupo afetado. Trata-se de uma doença de evolução muito rápida, que acomete superfícies dentárias normalmente livres de cárie, podendo levar a dor, infecção e perda precoce do dente decíduo. Em estágio avançado, a CPI pode ocasionar sérias disfunções, seja na mastigação, fonação, respiração e/ou articulação causando danos para a saúde da criança e prejudicando, assim, seu crescimento e desenvolvimento. Está associada principalmente a amamentação noturna com sacarose e sem posterior limpeza dos dentes. Anteriormente, a CPI era chamada de “Cárie Rampante”, “Cárie de Mamadeira”, “Cárie da Amamentação”, “Cárie do Lactante” ou “Cárie do Bebê” (LIMA, 2001; RIBEIRO *et al.*, 2005; MINAS GERAIS, 2006).

Segundo Hallett e O’Rourke (2006) as terminologias “Cárie de Mamadeira” e “Cárie de Amamentação” foram utilizadas para descrever um tipo de cárie rampante que afetava dentes incisivos e molares de bebês e de crianças pré-escolares. Eram sempre associadas à amamentação prolongada e frequente com líquidos açucarados. Oliveira *et al.* (2008) utilizaram o termo “cárie precoce severa” para referir-se a um comportamento atípico, progressivo, agudo e/ou rampante da doença cárie. Ribeiro *et al.* (2005), por sua vez, afirmaram que a presença de uma ou mais superfícies lisas nos incisivos superiores, com cavitação, restauração ou ainda, a perda do dente, configuram um quadro de “Cárie Precoce Severa da Infância”. Segundo Hallett e O’Rourke (2006) a CPI corresponde a um termo diagnóstico mais adequado para descrever este quadro clínico ao considerar-se as interações sociais e comportamentais complexas que alicerçam o seu desenvolvimento.

De modo geral, a cárie dentária ainda é um grande problema de saúde pública nos

países subdesenvolvidos. Em muitos locais é considerada uma doença polarizada, ou seja, acomete uma pequena parte da população, especialmente a menos favorecida, com grande demanda de tratamento (RIBEIRO *et al.*, 2005; HALLETT & O'ROURKE, 2006).

No Brasil, segundo dados de um levantamento epidemiológico nacional cerca de 27% das crianças na faixa etária de 18 a 36 meses já possuem lesões cáries (BRASIL, 2004). Diante deste quadro, torna-se primordial entender a etiologia da doença nesta faixa etária, bem como direcionar ações para sua prevenção. Os determinantes socioeconômicos possuem um papel crucial na compreensão dos processos da cárie dentária (BARDAL *et al.*, 2006). Oliveira *et al.* (2008) demonstraram que, sendo a cárie dentária uma doença multifatorial com interação entre os fatores de risco biológico e social, a educação da mãe e a renda familiar estão relacionadas aos altos níveis de cárie.

Um estudo desenvolvido por Oliveira *et al.* (2008) encontrou uma associação significativa entre o baixo peso das crianças e a presença de lesões cáries na dentição decídua. Aquelas crianças de baixa estatura e abaixo do peso apresentavam maior experiência de cárie em seus dentes decíduos. O estudo de Ribeiro *et al.* (2005) determinou que a existência de defeitos de esmalte foi o único fator estatisticamente significativo associado ao desenvolvimento da CPI. Os autores não encontraram associação significativa entre as variáveis comportamentais analisadas (dieta, higiene, uso de flúor, amamentação natural e artificial) e a doença cárie. Para os autores, aquelas comunidades de nível socioeconômico baixo normalmente são mais susceptíveis à prevalência da cárie dentária. Segundo os autores, a renda familiar pode afetar a aquisição de alimentos ricos em nutrientes para mães e crianças e, conseqüentemente, alterar o desenvolvimento dentário.

De acordo com Bonecker (2004), a lesão cáries refere-se a um sinal clínico associado à interação de alguns fatores determinantes, de acordo com a frequência e a intensidade com que interagem. Segundo Botazzo (1986), há de se considerar os aspectos de natureza cultural

que determinam os comportamentos da população com relação à saúde bucal. Comportamentos e hábitos relacionados à saúde influenciam a saúde bucal dos indivíduos ao longo da vida. Na infância e adolescência, ocorre o processo de socialização primária e secundária que influencia diretamente na formação desses hábitos e comportamentos (BONECKER, 2004). Muitas vezes as pessoas consideram as doenças bucais sem importância por não acarretarem risco de morte. No entanto, as alterações na cavidade bucal podem gerar um alto impacto na qualidade de vida das pessoas. Por exemplo, a dor, o desconforto, as noites sem dormir e as faltas na escola provenientes das doenças bucais influenciam diretamente sobre a qualidade de vida das crianças e de seus familiares (BONECKER, 2004).

Segundo Fuller (2004), os problemas de saúde bucal podem ocasionar infecções crônicas, produzindo um gosto ruim e um hálito desagradável. Podem também causar infecções agudas acompanhadas de febre e mal estar geral. A infecção bucal aguda pode levar a quadros de edemas que, em casos extremos, pode apresentar um risco de morte.

## **5.2 Promoção da Saúde e Abordagem de Risco Comum**

Promoção da Saúde refere-se a um processo de capacitação da população visando uma atuação na melhoria da qualidade de vida e da saúde, incluindo uma maior participação da comunidade nesse processo. Surgiu a partir de um amplo debate realizado em vários países, colocando em destaque a determinação econômica e social da saúde. Abriu caminho para a conquista de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle individual da doença (Brasil, 2002). A promoção da saúde representa uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, combinando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável (WATT, 2004).

Uma das estratégias da promoção da saúde refere-se a abordagem dos Fatores de Risco Comum. Esta abordagem não é baseada em um só problema e em sua prevenção, e sim na redução dos fatores de risco compartilhados por todos (FULLER, 2004). O conceito essencial da abordagem de risco fornece uma linha de pensamento para o trabalho em equipe, um princípio essencial de prática de promoção da saúde (WATT, 2004). Considerando-se que determinados fatores de risco sejam comuns a diferentes problemas de saúde, torna-se mais fácil trabalhar com a redução de riscos à saúde. Ao direcionar os esforços para estes determinantes, é possível alcançar-se resultados mais amplos.

### **5.3 Abordagem Multiprofissional na Atenção à Saúde Bucal**

O trabalho multidisciplinar configura-se como um dos princípios fundamentais da promoção da saúde. Afinal, diferentes atores trabalhando em conjunto são capazes de influenciar em diferentes determinantes de saúde (FULLER, 2004). Diferente dos modos tradicionais de trabalho, o que torna o trabalho em equipe um desafio para muitos profissionais é o fato dele requerer objetivos compartilhados e negociação de prioridades. Por isso, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), as mudanças necessárias dentro do processo de trabalho em saúde deveriam ser iniciadas já no período de formação profissional. Devem ter o conceito de integralidade como eixo norteador, já que a integralidade engloba uma compreensão ampliada da saúde, incluindo uma articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares.

Conforme relataram Knupp *et al.* (2006), essas limitações de atuação inter e transdisciplinar são decorrentes de uma lacuna ligada à formação profissional e também às poucas oportunidades de educação permanente. Os profissionais deveriam ser capacitados para desenvolverem um perfil de habilidades e competências condizentes com a realidade sociopolítica e cultural em que estão inseridos.

Por perceber que as mudanças na formação profissional não aconteceram do modo como deveriam, mas ressaltando a relevância de atenção à saúde da população, o Ministério da Saúde, implantou a ESF. Esta medida configura-se como uma política de reorganização da atenção primária à saúde da população partindo de mudanças no próprio processo de trabalho. A ESF busca aplicar os preceitos técnicos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), baseados nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolutividade e participação social (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Atualmente, a equipe mínima da ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, a equipe conta também com cirurgião dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal. Juntos, esses profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando com diversos atores sociais para promoverem uma qualidade assistencial (RIBEIRO *et al.*, 2010).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, no entanto, aconteceu somente em outubro de 2000, ou seja, seis anos após a criação da equipe básica. Os principais objetivos dessa medida foram a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso dos brasileiros às ações a ela relacionadas (HOLANDA, 2009). Para Lourenço *et al.* (2009) a implantação tardia das ESB promoveu dificuldades no processo de integração dos profissionais de saúde bucal às demais equipes da ESF.

Uma destas dificuldades foi citada por Holanda (2009). Segundo o autor, a formação original do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que representa um profissional essencial para a mudança do modelo de atenção, foi vinculada ao profissional das áreas de enfermagem e médica. Esse fato provocou um distanciamento de relações entre os cirurgiões-dentistas e os ACS. Consequentemente, esses profissionais tendem a não captar informações básicas necessárias à prevenção e controle das doenças bucais. Além disso, normalmente não são

capazes de perceber a importância do fator social no aparecimento das patologias bucais.

Mas, mesmo partindo de uma formação deficiente pouco adequada ao trabalho multiprofissional, as equipes de saúde da família devem evitar, ao máximo, uma fragmentação das ações. Conforme afirmaram Nash *et al.* (2008), é primordial que as equipes de saúde da família entendam que a saúde bucal representa um componente essencial na conquista da saúde da população. Afinal, ninguém possui saúde geral sem saúde bucal.

Para Fuller (2004) todos os profissionais ligados à atenção primária possuem condições de se envolverem nas atividades dedicadas à promoção da saúde bucal. Para isso devem possuir uma abordagem de equipe, identificando as oportunidades de promover a saúde e não se limitando a somente dar orientações. Desse modo, é importante que se pense em atuar em equipe com medidas que visem a redução da CPI, desde a prática do pré-natal. Para isso, o profissional não deve deixar de lado o cuidado integral e a prática de promoção da saúde.

Um estudo desenvolvido por Moraes *et al.* (2000) mostrou que 69,5% das crianças participantes recebiam aleitamento artificial com produtos contendo sacarose, associado ou não ao aleitamento natural. Na maior parte das vezes, segundo relato das mães, o produto era recomendado pelo pediatra, que parecia desconhecer ou desconsiderar os efeitos prejudiciais daqueles alimentos na superfície dos dentes. Segundo os autores, uma simples recomendação de higienização bucal seria capaz de atenuar a prevalência da CPI.

Outro ponto que destaca também uma atenção fragmentada da saúde refere-se à prescrição de medicamentos pediátricos de uso crônico com alto teor de açúcar e sem explicação sobre seus efeitos na cavidade bucal. Frente a essa questão, diversas ações têm sido recomendadas. Dentre elas pode-se citar: conscientizar os médicos para que prescrevam medicamentos sem açúcar, por outras vias de administração ou na forma de comprimidos; reformulação na composição dos medicamentos utilizando substâncias não-cariogênicas e

orientação aos profissionais de saúde/pais sobre os riscos dos medicamentos açucarados (BONECKER, 2004). De acordo com o autor, o uso de medicamentos pediátricos líquidos, com alta concentração de sacarose, pode ser considerado um dos fatores etiológicos da cárie na infância quando utilizados várias vezes ao dia e por períodos prolongados.

A atenção multidisciplinar é parte da abordagem dos fatores de risco comum. Os diversos profissionais de saúde devem abordar aspectos da educação em saúde bucal nas atividades de orientações de saúde geral (FULLER, 2004). Considerando-se que os fatores determinantes relacionados à cárie dentária são muito conhecidos, a prevalência da doença poderia ser minimizada por meio da adoção de atitudes baseadas na promoção da saúde (BONECKER, 2004). Segundo o autor, uma abordagem de fator comum de risco é importante nas atividades de prevenção da cárie dentária. Por isso, esta abordagem deveria ser parte integrante das estratégias de promoção da saúde geral elaboradas para evitar outros tipos de doenças.

Pensando especificamente na promoção da saúde da criança, a equipe de saúde deveria fornecer orientações sobre saúde bucal à família desde o pré-natal da gestante, independente da avaliação de profissionais da área odontológica (MINAS GERAIS, 2005). Para isso, a equipe de saúde deve ser preparada para abordar, individual e coletivamente, alguns aspectos preventivos que tenham impacto na saúde bucal (MINAS GERAIS, 2005; KNUPP *et al.*, 2006; ALVES & MOULIN, 2008). Dentre eles podem ser citados:

- Esclarecimento sobre a importância dos pais na promoção da saúde bucal dos filhos;
- Estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança e orientações sobre o processo de desmame e sobre a alimentação complementar apropriada após o referido período;
- Orientações sobre o hábito alimentar da criança, diminuição do consumo de açúcar e de alimentos industrializados e estímulo à ingestão de fibras e água;

- Orientações sobre a limpeza da cavidade bucal da criança, principalmente após a última mamada;
- Alerta sobre a aquisição de hábitos viciosos e seus efeitos para a saúde bucal;
- Orientações sobre a transmissibilidade das bactérias do adulto para a criança por meio de objetos ou pelo contato direto com a boca do bebê;
- Acompanhamento do desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança, bem como, orientações à estimulação psicomotora e à atividade física adequada a cada faixa etária;
- Orientações sobre os riscos e formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária.

## 6 DISCUSSÃO

A saúde pública no Brasil tem buscado, nos últimos anos, alcançar a garantia constitucional de assegurar saúde integral aos brasileiros. No mesmo caminho, também têm sido desenvolvidas ações referentes à saúde bucal no SUS, que acontecem através da inserção dos profissionais da área odontológica nas equipes de saúde da família e a expansão dos serviços odontológicos por todo território nacional.

A conquista da integralidade da atenção, conforme o previsto no texto constitucional, só é possível via trabalho multiprofissional e ações intersetoriais. Como afirmou Holanda (2009), o trabalho em equipe representa uma estratégia para reorganizar o trabalho e promover a qualidade dos serviços de saúde.

Considerando-se que a inserção da equipe de saúde bucal na equipe da ESF não é obrigatória, um grande desafio no processo de efetivação do direito a saúde bucal é o reconhecimento da importância dessa área dentro da equipe da ESF, que se faz presente, muitas vezes, apenas nos documentos oficiais. Em muitos casos, o valor dado à equipe de saúde bucal é diferente do valor dado aos demais profissionais da equipe da ESF.

A dificuldade de se trabalhar em equipe e trazer novos conhecimentos e atitudes para as ações em saúde bucal representam uma situação complicada para os profissionais, gestores e usuários. O distanciamento entre os profissionais da odontologia e os demais profissionais da equipe da ESF talvez possa ser explicado, em parte, pela inserção tardia no programa e pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais da área odontológica (LOURENÇO *et al.*, 2009). O enfrentamento das doenças bucais, que deveria ser feito por profissionais de diferentes áreas de atuação, com diversos olhares e em diferentes espaços, é realizado, na maior parte dos casos, entre as quatro paredes de um consultório odontológico.

A troca de conhecimento e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer

entre todos os profissionais de saúde. A equipe de saúde bucal deve ser, e se sentir, como parte da equipe multiprofissional presente nas unidades de saúde. Conforme ressaltaram Lourenço *et al.* (2009), no trabalho em equipe, a abordagem dos problemas assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar torna-se uma responsabilidade compartilhada. No entanto, nenhum profissional perde seu núcleo de atuação específico.

Segundo Watt (2004), embora o trabalho em equipe seja extremamente importante, os dentistas, em sua maioria, ainda recebem uma formação tecnicista e não integrada aos outros profissionais de saúde. Conseqüentemente, os profissionais da área odontológica atuam dentro de um processo de trabalho fragmentado. Possuem grande dificuldade, na maior parte das vezes, de identificarem parceiros de trabalho. O conhecimento e as habilidades necessárias para se trabalhar em equipe, de forma integrada, não são abordados na maioria dos currículos de graduação em Odontologia. Desse modo, imprescindível que se modifique esta lógica de formação desses profissionais.

Isso pode ser feito, por exemplo, a partir das premissas da educação permanente. Já acontece, em muitos locais, a necessidade da presença de todos os profissionais integrantes da equipe multiprofissional em cursos de qualificação. A partir desse ponto, esses profissionais tornam-se agentes transformadores de um paradigma que ainda dissocia (desintegra) a equipe e distancia os profissionais uns dos outros (HOLANDA, 2009).

A compreensão desses fatores propicia, a princípio, a valorização de construção do SUS e a implantação da ESF como contraponto ao modelo biomédico. Em um segundo momento, torna-se possível aperfeiçoar o diagnóstico da situação atual, visando romper com a lógica fragmentadora e alcançando a integralidade da atenção. Toda a equipe multidisciplinar precisa estar atenta no processo de modificação promotor da doença no qual a criança esteja inserida. Os profissionais devem estar atentos às medidas tomadas, afinal, como afirmou Bonecker (2004), o ambiente onde a pessoa está inserida determina o seu comportamento. Por

isso, uma forma efetiva de alterar os hábitos comportamentais é por meio da mudança do ambiente onde as pessoas vivem.

Trabalhar diretamente com a cárie precoce da infância justifica-se ao considerar-se a possibilidade de prevenção e redução dos efeitos graves e complicadores dessa doença na vida de muitas crianças e de suas famílias. São consequências da doença: quadros de dor, maloclusão, alterações da fala e respiratórias, problemas na dentição permanente, comprometimento estético e prejuízo à autoestima. Ao considerar-se que aproximadamente dois terços das crianças de 4 e 5 anos de idade sofreram lesões de cárie dentária na dentição decídua, Battellino *et al.* (1997) afirmaram que a CPI ainda é um problema de saúde pública para a população brasileira. Segundo os autores, o uso de algumas medidas preventivas, como medidas educativas de escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e conscientização sobre a necessidade de se reduzir o consumo de açúcares são muito eficazes no controle da cárie dentária, que é a doença bucal mais prevalente na infância.

Apenas o tratamento odontológico e a reabilitação bucal devem ser atividades de responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista. As demais atividades, principalmente as relacionadas à educação em saúde, podem ser realizadas por qualquer membro da equipe de saúde. A partir do reconhecimento dos diversos fatores determinantes da CPI e do limite de atuação sobre esses fatores pelos profissionais de saúde bucal, deve-se estar ciente de que as estratégias de enfrentamento da doença deverão, obrigatoriamente, incluir os demais profissionais da equipe de saúde da família, conforme o proposto pela prática de promoção da saúde.

Desta forma, a prática de promoção da saúde, por meio da abordagem de risco comum pela equipe multiprofissional da ESF, é um dos poucos recursos utilizados para se garantir a assistência integral à criança e à sua família. Além disso, ela representa um meio de se alcançar a equidade do cuidado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A CPI ainda representa um problema de saúde pública que necessita de medidas que visem à diminuição da sua prevalência.
- Afeta um número significativo de crianças em fase pré-escolar e, conseqüentemente, suas famílias. Por isso, é relevante que seja considerada e abordada dentro da ESF como uma patologia de efeitos biopsicossociais sérios.
- Para que o combate a CPI seja feito de forma efetiva, o mesmo exige a atenção de toda a equipe por meio do desenvolvimento de ações multiprofissionais e intersetoriais planejadas e eficazes.
- A atenção à CPI deve ser realizada por toda a equipe de saúde da família por meio da abordagem de risco comum.
- Devem ser incluídas ações relacionadas às orientações preventivas e demais ações de promoção da saúde. Para serem válidas, precisam ser planejadas de forma conjunta entre os profissionais para que sejam contempladas todas as áreas de cuidado.
- É imprescindível que os profissionais valorizem o trabalho em equipe, inclusive repensando suas práticas de atuação. Devem evitar as ações fragmentadas, comprometendo-se, cada vez mais, com a melhoria da qualidade de vida da população.

## 8. REFERÊNCIAS

1. ALVES CRL, MOULIN ZS. Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação. Nescon UFMG. Belo Horizonte: **Coopmed**, 2008.
2. ANTUNES JLF *et al.* Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, 11(1):79-87, 2006.
3. BARDAL PAP *et al.* Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. **Ciênc Saúde Coletiva**, 11(1):161-167, 2006.
4. BATTELLINO LJ *et al.* Evaluación del estado de salud bucodental em preescolares: estudio epidemiológico longitudinal (1993-1994), Córdoba, Argentina. **Rev. Saúde Pública**, 31(3): 272-81, 1997.
5. BÖNECKER M. Cárie dentária: um enfoque epidemiológico. In: BÖNECKER M; SHEIHAM A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Prática. São Paulo: **Santos**, p13-28, 2004.
6. BOTAZZO C. Democracia, participação popular e programas comunitários. **Rev Saúde Debate**, 18:36-41, 1986.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 52 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

9. CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, 20(5):1400-1410, 2004.
10. FULLER SS. Trabalhando com Equipe de Cuidados Primários em Saúde para Promover a Saúde Bucal. In: BÖNECKER M, SHEIHAM A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas. São Paulo: **Santos**, p177-195. 2004.
11. HALLETT KB, O'ROURKE PK. Pattern and severity of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, 34:25-35, 2006.
12. HOLANDA ALF. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1507-1512, 2009.
13. KNUPP RRS *et al.* Análise de conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal. Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: **CEPESC: ABRASCO**, 2006. 150 p.
14. LIMA CMG. Prevenção da cárie precoce na infância: uma visão através da vulnerabilidade e da promoção da saúde. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo, 2001.
15. LOURENÇO EC *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1367-1377, 2009.
16. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde da Criança. Belo Horizonte, MG, 2005. 224p.
17. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção em Saúde Bucal. 2 ed. Belo Horizonte, MG, 2006. 290 p.
18. MORAES ABA, POSSOBON RF, ORTIZ CE. Motivação e comportamento

preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância. **Pesqui Odontol Bras**, 14(3):287-293, 2000.

19. NASH *et al.* Perfil das equipes de saúde bucal em países de economia emergente. **Eur J Dent Educ**, 12(Suppl. 1):111-119, 2008.
20. OLIVEIRA CM. Malocclusão no Contexto da Saúde Pública. In: BÖNECKER M, SHEIHAM A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas. São Paulo: **Santos**, p56-80. 2004.
21. OLIVEIRA LB *et al.* Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. **Eur J Oral Sci**, 116:37-43, 2008.
22. RIBEIRO AG *et al.* Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 21(6):1695-1700, 2005.
23. RIBEIRO LCC *et al.* Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, 26(12):2316-2322, 2010.
24. WATT RG. Introdução. In: BÖNECKER M, SHEIHAM A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas. São Paulo: **Santos**, p.1-12. 2004.