

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

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE  
BUCAL DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA JOSÉ PATRÍCIO**

**UBERABA/MG  
2011**

**MARIA JOSÉ PATRÍCIO**

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE  
BUCAL DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

**Orientadora: Profa. Cláudia Cristina Rangel**

**UBERABA/MG  
2011**

**MARIA JOSÉ PATRÍCIO**

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE  
BUCAL DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

**Orientadora: Profa. Cláudia Cristina Rangel**

**Banca Examinadora**

**Prof<sup>a</sup> Cláudia Cristina Rangel - Orientadora**

**Prof. Renato Santiago Gomez**

**Aprovada em Belo Horizonte: 04/02/2012**

Dedico este trabalho às minhas queridas, mãe Terezinha e filha Eliza, pela compreensão nas minhas ausências, paciência nos meus momentos de dificuldade e apoio incondicional ao meu crescimento pessoal e profissional.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Amamentação Materna Exclusiva
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEABSF	Curso de Especialização Em Atenção Básica em Saúde da Família
<i>ceo</i>	Número de dentes cariados, extraídos e obturados na dentição decídua
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPI	Cárie Precoce da Infância
CPO-D	Número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção para melhorar o indicador de saúde bucal infantil, índice *ceo* (dentes cariados, extraídos e obturados na dentição decídua) aos cinco anos de idade, para ser utilizado na Estratégia de Saúde da Família. Através do estudo de literatura científica foram levantadas as possíveis causas do problema cárie infantil, assim como algumas possibilidades de intervenção. O resultado do estudo foi uma proposta de dois projetos visando o trabalho da saúde bucal com foco na integralidade da saúde da criança, o primeiro com enfoque no nível de informação, hábitos e estilos de vida da família, o segundo com enfoque na estrutura e processos de trabalho dos serviços de saúde. Concluímos que, a interdisciplinaridade e co-responsabilização dos membros da Equipe de Saúde da Família com o problema cárie infantil visando promoção de saúde e prevenção através da abordagem da gestante durante o pré-natal e seguindo com a odontologia do bebê após o parto, possivelmente são parte do caminho na resolução do problema. Por outro lado, a educação continuada pela Equipe de Saúde da Família através da utilização das ferramentas propostas pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (Linhas Guias de Saúde Bucal e Atenção ao pré-natal, parto e puerpério), assim como a elaboração e implementação de protocolo municipal de cuidados em Saúde Bucal, podem além de padronizar e sistematizar o cuidado, potencializar o processo de trabalho através dos dispositivos vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade.

Palavras-chave: Saúde Bucal infantil, odontologia do bebê, determinantes da cárie infantil, saúde bucal, cárie precoce.

## ABSTRACT

The objective of this study is to propose an action plan to improve child oral health indicator, indication *ceo* (decayed, extracted or filled primary dentition) to five years of age, used in the Health Family Strategy. Through the study of scientific literature have raised the possible causes of the problem child tooth decay, as well as some possibilities for intervention. The results of the study was a proposal for two projects aimed at the work of oral health focusing on integrality child health, the first focusing on the level of information, habits and lifestyles of the family, the second focused on the structure and work processes of health services. We conclude, the interdisciplinarity and co-responsibility of the members of the Family Health Team with child caries problem aimed at health promotion and prevention through the approach of the mother during the prenatal and following with dental baby after giving birth possibly are part of the way in solving the problem. On the other hand, continuing education for Family Health Team through the use of the tools proposed by the Health Department of Minas Gerais (Oral Health guidelines and prenatal care, childbirth and puerperium), as the elaboration and implementation of local care protocol in Oral Health, can also standardize and systematize care, empower the process of working through the device bonding, comforting, autonomy, accountability and resolution.

Keywords: Infant oral health, odontology baby, early childhood cavities, determinants of child cavities, oral health, early childhood caries.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1 Objetivos.....	10
1.1.1 Objetivo geral .....	10
1.1.2 Objetivos específicos .....	10
1.2 Justificativa .....	10
1.3 Metodologia.....	11
<b>2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....</b>	<b>13</b>
2.1 Prática de Educação Permanente .....	15
<b>3 SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO TERRITÓRIO E CONTEXTO DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO .....</b>	<b>16</b>
3.1 Principais Problemas Identificados.....	18
<b>4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL E BUCAL DA CRIANÇA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi uma proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica em Saúde (ABS) e reorientação do Modelo Assistencial de Saúde a partir de 1994, propondo que “ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto de adultos quanto de crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”. Foi posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) e vem se consolidando como um caminho promissor em busca de saúde e qualidade de vida, já comprovado pelas melhorias dos indicadores de saúde. Através de equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e também de cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal à partir de 2000) promovendo ações individuais e coletivas, com foco principalmente na família, prioritariamente de promoção de saúde que levam em conta as características sociais, econômicas, culturais, sanitárias e políticas que cercam o território com a população adscrita, este modelo tem como base os princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, acessibilidade, integralidade, responsabilização, participação comunitária, dentre outros.

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa foi a partir da portaria 1444 (BRASIL, 2000) que orientava a implantação de uma ESB para cada duas ESF, mas com o SB Brasil 2003, levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, foi confirmado o grande caos em que se encontrava a saúde bucal no Brasil. Houve então a criação da Política Nacional de Saúde Bucal com sua efetivação através do Programa Brasil Sorridente cujas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado onde a concepção de saúde deve ser centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco - pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Preconiza a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir junto com os usuários dos serviços, a resposta às suas dores, angústias, problemas e aflições, de forma que o processo de trabalho não seja composto apenas por consultas e atendimentos ou procedimentos, mas essencialmente de produção de conhecimento, responsabilização e autonomia dos usuários.

As ESF têm vários sujeitos ou agentes com formações, competências e habilidades diferentes, por causas ou objetivos comuns que é a prestação do cuidado com promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. A gestão do processo de trabalho torna-se um ponto chave para a efetivação do modelo e para a qualidade do cuidado oferecido. Os instrumentos gerenciais necessários ao dia a dia da equipe são adquiridos durante o processo de formação profissional dos membros da equipe, tornando possível a adequação dos diversos atores (equipe e população) ao perfil do processo de trabalho específico para esta proposta, tornando-o efetivo e tendo em contrapartida a satisfação dos mesmos. Sem dúvida, as mudanças curriculares, os cursos de especialização através da Educação Permanente, assim como a Educação Continuada dentro de cada município, são o grande diferencial na construção do modelo assistencial de que cada município necessita.

O acúmulo de necessidades impostas pela histórica inexistência de serviços odontológicos públicos universais, necessidades estas mostradas nos resultados dos dois levantamentos das condições de saúde bucal da população brasileira (SB 2003; SB 2010), aliado à formação acadêmica para serviços preponderantemente curativos e individuais (em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde) são fatores que interferem no desempenho das ESB, por sua vez inseridas no contexto do trabalho multidisciplinar. Mesmo assim, o SB 2010 comprova os primeiros resultados da inclusão da Saúde Bucal na ESF, onde se busca uma prática assistencial centrada no cuidado da família, de modo multidisciplinar e intersetorial rompendo com as práticas ora curativo-mutiladoras, ora preventivas e direcionadas basicamente para escolares, dos modelos assistenciais vigentes até então.

A busca contínua desta melhoria dos indicadores passa necessariamente pela avaliação contínua dos resultados e planejamento com adequação das ações conforme a necessidade. Foi neste contexto, avaliando todos os dados e informações colhidas através do diagnóstico situacional que detectamos o problema baixo índice de crianças com cinco anos de idade livre de cárie, problema este que motivou o presente trabalho.

## **1.1 Objetivos**

### ***1.1.1 Objetivo geral***

- Refletir sobre a atual situação de Saúde Bucal da criança de zero a cinco anos de idade e as práticas e ações de saúde bucal desenvolvidas na atenção integral à criança.
- Propor uma intervenção visando à melhoria dos indicadores de saúde bucal na faixa etária de zero a cinco anos de idade

### ***1.1.2 Objetivos específicos***

- Analisar a influência dos pais ou responsáveis na qualidade da Saúde Bucal Infantil;
- Levantar os riscos e determinantes sociais do problema cárie infantil;
- Propor ações que envolvam a equipe multidisciplinar no enfrentamento do problema priorizado no diagnóstico situacional.

## **1.2 Justificativa**

Os resultados do SB 2010, último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, já demonstram os ganhos com o novo modelo de atenção: na idade de 12 anos, a doença cárie atingia 69% da população em 2003, diminuiu para 56% em 2010; o número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: o CPO-D era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 - uma redução de 25%; em adolescentes, a redução do número de dentes atacados pela cárie, foi de 18 milhões; as necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%; entre os adultos as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores e as necessidades de próteses reduziram-se em 70%. Porém, com relação à dentição decídua, houve manutenção do patamar de dentes tratados de

80% e o ataque de cárie em crianças de cinco anos onde ainda predominam os dentes-de-leite, passou de 2,8 para 2,3 dentes afetados, com redução de apenas 18%.

Em São Sebastião do Paraíso, município onde a autora trabalha e realizou este estudo, os levantamentos epidemiológicos realizados em 2004 e 2007 demonstraram uma melhoria no índice de crianças livres de cárie aos cinco anos, mas ainda bem abaixo do preconizado para 2010 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O diagnóstico situacional realizado pela equipe da Unidade de Saúde Dr. José de Oliveira Brandão confirmou o pequeno enfoque das ações para esta faixa etária.

Pelos resultados do levantamento epidemiológico do município em 2007, espera-se na população do território:

- 169 crianças livres de cárie (40,09%).
- 253 crianças com cárie.
- Pelos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB):
  - 422 crianças cadastradas na faixa etária estudada.
- Pelos dados de prontuários da equipe:
  - Apenas 25 crianças receberam atenção da ESB.

Diante destes dados, na função de Coordenadora Municipal de Saúde Bucal, esta autora conclui que tanto o território investigado quanto o município, necessitam de um plano de ação urgente contemplando estratégias de promoção de saúde e prevenção em saúde bucal para a população de zero a cinco anos de idade. O processo de trabalho das equipes deve ser multidisciplinar e intersetorial e contemplar ações com reflexo nos fatores determinantes e condicionantes, iniciando-se com a abordagem educativa da gestante seguida da realização da odontologia do bebê, tendo como foco o cumprimento da meta da OMS para 2010 (índice *ceo* com 90% das crianças de cinco anos livres de cárie).

### **1.3 Metodologia**

O plano de intervenção proposto foi realizado através de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico, utilizando-se como descritores: saúde bucal infantil, odontologia do bebê, determinantes da cárie infantil, saúde bucal, cárie precoce. Também foi utilizado o diagnóstico situacional da Unidade de Saúde Dr. José

Oliveira Brandão, realizado em 2010, após consulta aos dados secundários disponíveis no sistema de informação, observação ativa, dados da ESF assim como do setor de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde.

## 2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Uma das estratégias de reorganização do SUS, a Educação Permanente em Saúde (EPS), através da busca do conhecimento por parte dos profissionais a partir da necessidade de resolução de problemas vivenciados e a identificação dos temas sobre os quais necessita de aperfeiçoamento, propõe a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. A Política Nacional de Educação Permanente foi aprovada em 18 de setembro de 2003, pela Comissão de Intergestores Tripartite, realizada em Brasília, propondo que a Educação Permanente em Saúde, através da articulação entre o sistema de saúde e instituições formadoras, contribua para a tradução necessária das práticas pedagógicas e de saúde, processos de formação e também da organização dos serviços (BRASIL, 2004).

Conforme Faria (2009, p.24),

o processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos e, por isso, podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo trabalho. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho, pode ser em si mesmo, um objetivo.

Para o profissional de saúde seria um grande desafio, de acordo com Merhy (2005, p.173-174),

produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. (...) Parece que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia – que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva.

Mesmo após todos estes anos da implantação da ESF, ainda permanece a problemática dos recursos humanos em relação aos conhecimentos, habilidades e competências específicos para atuação em ABS. A demanda por profissionais com formação para a uma atenção integral, capaz de decidir quanto às prioridades, quanto ao processo de trabalho, de solucionar os problemas da comunidade e equipe, de trabalhar em equipe com autonomia e capacidade

de gestão, além da formação técnica específica oferecida historicamente pelo nosso sistema de ensino, tem na proposta da educação permanente, o encontro entre os espaços de formação e os espaços de trabalho, com a incorporação do aprender e ensinar no trabalho e cotidiano das organizações.

Segundo Ceccim (2004, p.161):

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, - implicando seus agentes -, às práticas organizacionais, - implicando a instituição e/ou o setor da saúde -, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, - implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Diante disto, fez-se imprescindível uma organização dos equipamentos de ensino, assim como dos próprios serviços municipais de saúde, para preencher as lacunas existentes para uma formação dos trabalhadores da saúde, que se apropriasse das habilidades específicas para atender aos princípios e diretrizes do SUS, produzindo um serviço que atenda às reais necessidades de saúde, sendo saúde na sua definição mais apropriada que é a capacidade psicofisiológica para o exercício ativo dos indivíduos na busca pela realização em suas vidas.

No município de São Sebastião do Paraíso, a educação permanente em saúde, tem conferido ótimos resultados na prática dos profissionais de saúde, principalmente os cursos a distancia, desenvolvidos através de novas tecnologias de informação e comunicação em ambientes virtuais e uma metodologia pedagógica que parte de situações-problemas do dia a dia do trabalho das equipes, tentando superá-las ou transformá-las em situações desejadas, com a inclusão também dos usuários no processo de educação, visto que são eles que vão receber as ações de saúde. Desta forma encontram-se os sujeitos (profissionais e usuários) em constante estado de aprendizado, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender.

## 2.1 Prática de Educação Permanente

É importante que as práticas de educação permanente aconteçam em cada localidade, com base na análise da rede de saúde, das suas experiências e ações, e assim possibilitem mudanças na gestão e práticas de atenção à saúde, fortaleçam a participação social, local e valorizem os diversos saberes existentes. A abordagem/concepção sócio-interacionista proposta por Paulo Freire, deslocando o enfoque do individual para o social, para o político e ideológico, atende às necessidades de uma prática de educação permanente em saúde atualizada.

Ainda na graduação, veio o interesse da autora por Saúde Coletiva, mas foi na função em saúde pública por mais de vinte anos e especialmente como Coordenadora Municipal de Saúde Bucal, que surgiu a possibilidade de um Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) à distância, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), através de novas mídias de informática. Na plataforma da Universidade articulam-se os conhecimentos das disciplinas básicas - Modelos Assistenciais em Saúde, Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, Processo de Trabalho em Saúde, Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde, assim como das optativas - Saúde Bucal: Atenção ao Idoso, Saúde Bucal: Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto, Iniciação à Metodologia Científica, Saúde da Criança e do Adolescente: Crescimento, Desenvolvimento e Alimentação, Saúde Ambiental e várias outras de grande importância e todas de aplicação na Estratégia de Saúde da Família.



### **3 SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO TERRITÓRIO E CONTEXTO DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO**

É consenso geral entre os autores que a prevenção da doença cárie, deve iniciar-se antes ou no mais tardar, com a erupção dos dentes decíduos. Hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal devem ser semeados nesta fase para serem cultivados por toda a vida (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1999).

Uma criança brasileira de três anos ou menos já possui pelo menos um dente cariado e com cinco anos, esta média aumenta para quase três dentes. Tradicionalmente, a odontologia tem se preocupado mais com as crianças a partir do nascimento do primeiro molar permanente, ou seja, por volta dos cinco e seis anos de idade.

Os levantamentos epidemiológicos (SB BRASIL, 2003 e SB BRASIL, 2010) demonstraram que a doença cárie está precocemente instalada na cavidade oral das crianças abaixo de cinco anos de idade, ocasionando perda precoce dos dentes decíduos e todas as outras intercorrências provenientes disto. Os fatores considerados pelos autores como responsáveis são: hábitos alimentares e de higiene bucal inadequados, contaminação precoce por bactérias cariogênicas, alto consumo de açúcar e carboidratos. O fator (...) sócio-econômico é citado também como predisponente para o surgimento de lesões cariosas refletindo a polarização da doença para a população de baixa renda (FREIRE; MELO; SILVA, 1996; SAITO; DECCIO; SANTOS,1999; FRAIZ; WALTER, 2001; SANTOS; SOVIERO, 2002 *apud* VAZ, 2008, p.25).

Kitamura (2009) também enfatiza o impacto dos determinantes sociais em saúde bucal, assim como o papel do território na reprodução das iniquidades em saúde incluindo a cárie, destacando que a ordem social em que se insere as pessoas, tanto quanto as condições biológicas, influencia na distribuição desigual da cárie entre os indivíduos, fenômeno da iniquidade representado pela polarização da doença cárie no Brasil.

Um estudo realizado por Guimarães *et al.* (2004), comprovou a correlação entre doença cárie de mães e crianças, ficando evidente a necessidade de ações educativas voltadas para os pais, assim como preventivas voltadas para os bebês, no intuito de se estabelecer hábitos saudáveis precoces como promoção de saúde. Neste caso, torna-se imprescindível o atendimento da gestante como ação de prevenção primária onde não só a gestante, mas também o companheiro pode ser abordado através da educação em saúde.

O “medo do dentista” ou falta de informação, pode ser considerado como outro fator cultural condicionante, que faz com que os pais deixem de levar os filhos, principalmente bebês e escolares ao dentista. Neste caso, uma educação feita de forma contínua e a abordagem precoce da gestante e bebê, podem tornar-se uma opção para que as crianças e pais habituem-se à atenção em saúde bucal, aumentando assim a prevenção de patologias e, por conseguinte dos procedimentos clínico-cirúrgicos de maior complexidade.

O município de Sebastião do Paraíso, assim como o restante do país, também apresenta grandes necessidades de tratamento e reabilitação oral. A atenção em saúde bucal permeava entre o sistema incremental para as crianças de seis a quatorze anos nas escolas de ensino básico e o atendimento curativo para o restante da população num único posto de atendimento, com demanda livre e ações individuais de urgência, restaurações e extrações dentárias. Nas escolas, as crianças recebiam além da educação em saúde oral e aplicação tópica de flúor, os procedimentos clínicos individuais de restaurações, extrações e raspagem. O Serviço de Vigilância em Saúde era incipiente. A partir de 1997 foram implantadas as primeiras ESF e, em 2002, as primeiras três Equipes de Saúde Bucal. Hoje são 17 USF's com 11 ESB; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) anexo; uma Unidade Móvel Odontológica e um Ambulatório que proporcionam atendimento à população rural.

A autora, ao longo do CEABSF, durante o módulo Planejamento e avaliação das ações de saúde (CARDOSO, 2008), realizou junto com a equipe, o diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Dr. José de Oliveira Brandão, onde foram levantados os principais problemas e necessidades com a finalidade de um planejamento das ações pela equipe. Por meio da estimativa rápida, foram identificados, analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo alguns critérios, como importância, urgência e capacidade de enfrentamento, conforme Quadro 1.

### 3.1 Principais Problemas Identificados

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixo índice de crianças com cinco anos de idade livres de cárie	Alta	5	Alta	1
Risco de proliferação de <i>Aedys</i>	Alta	5	Alta	2
Baixa taxa de coleta de Papanicolau	Alta	5	Parcial	3
Violência e uso de drogas por adolescentes	Alta	5	Parcial	4

**Quadro 1.** Diagnóstico Situacional: Unidade de Saúde da Família Dr. José O. Brandão, São Sebastião do Paraíso, MG, 2010 - Planilha de priorização dos problemas

Fonte: Dados secundários do SIAB, informações dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS), dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Após a seleção dos problemas, foi eleito o problema “Baixo índice de crianças com cinco anos de idade livres de cárie, para a elaboração de um plano de intervenção. A descrição do problema foi realizada de acordo com o Quadro 2.

Descritores	Valores	Fontes de informação
Índice <i>ceo</i> esperado	49.09% livres de cárie	Levantamento epidemiológico 2007
Crianças com até cinco anos cadastradas	422	SIAB
Crianças até cinco anos acompanhadas pela ESB	25	SIAB
Crianças com cárie esperadas	253	Levantamento epidemiológico
Crianças livres de cárie esperadas	169	Levantamento epidemiológico

**Quadro 2.** Descritores do problema “Baixo índice de crianças com cinco anos de idade livre de cárie”- Unidade de Saúde da Família Dr. José O. Brandão, São Sebastião do Paraíso, MG, 2010.

Fonte: Dados secundários do SIAB, informações dos ACS, dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Para a elaboração de um Planejamento ou Plano de Intervenção, é indispensável que seja feito o levantamento das principais causas e conseqüências do problema eleito e no caso deste selecionado, vários são os condicionantes e determinantes, conforme a Figura 1.

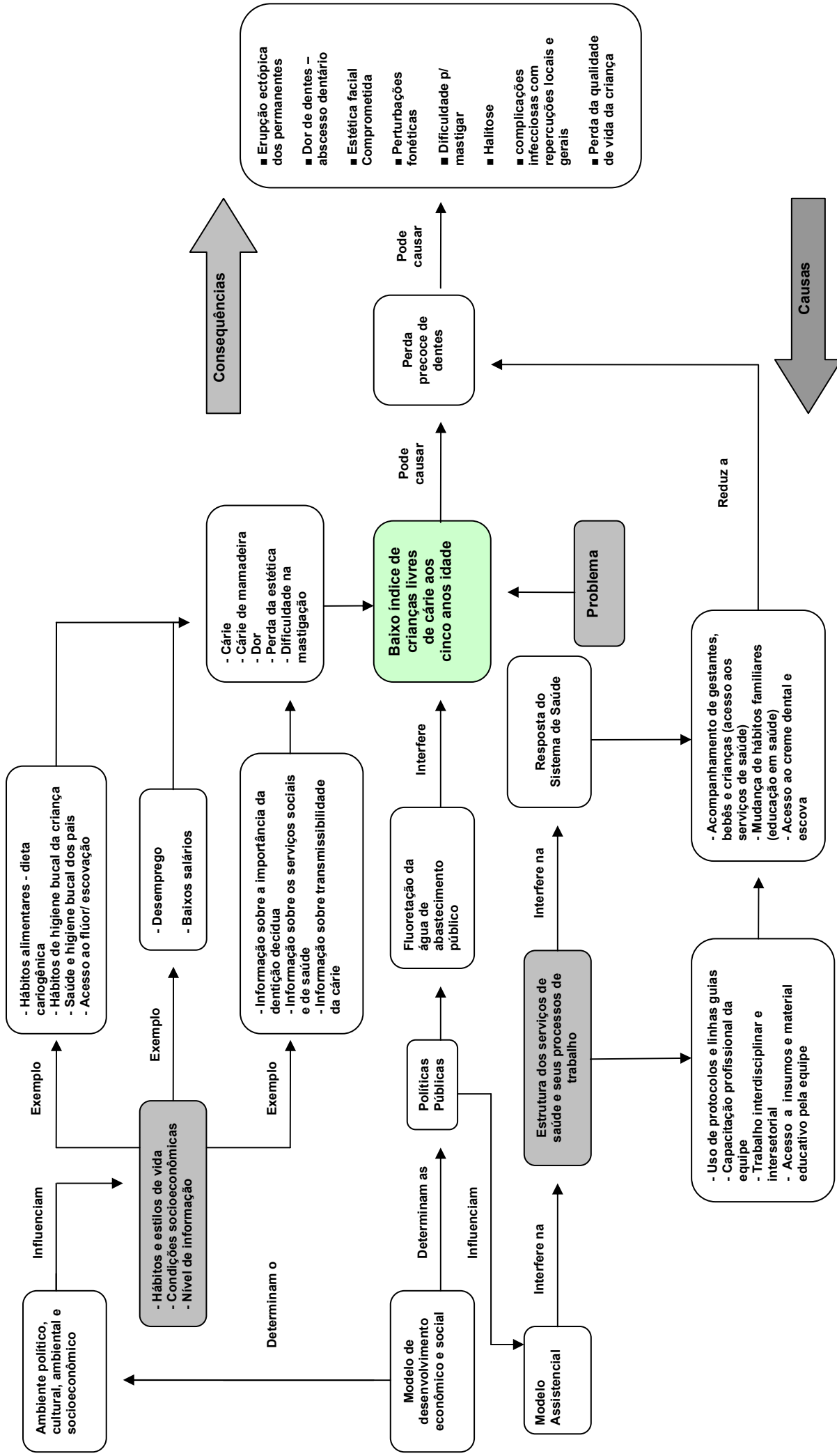


Figura 1. Explicação do problema – Causas e consequências

#### **4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL E BUCAL DA CRIANÇA**

Na Atenção Primária à Saúde, temos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança como o eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança, com a finalidade de prevenção de problemas nutricionais, vigilância à saúde e promoção de hábitos saudáveis de vida. Por outro lado, existe também a saúde da mulher, onde se insere o atendimento qualificado da gestante. Baseado nestas idéias foi elaborado a proposta de intervenção em saúde bucal atrelada à saúde integral da criança com o envolvimento de toda a equipe, assim como o atendimento da gestante, com o uso de todas as tecnologias disponíveis dentro do processo de trabalho da mesma.

Após a explicação do problema, foram selecionadas as causas consideradas de maior governabilidade pela equipe de saúde, aqui denominadas “Nós Críticos”, para a elaboração de um plano de intervenção para a Unidade de Saúde Dr. José de Oliveira Brandão, assim como as outras do município de São Sebastião do Paraíso, cuja finalidade é interferir nas causas e determinantes para melhorar a situação de saúde bucal e geral na população de zero a cinco anos de idade.

A despeito das intervenções propostas neste trabalho, uma orientação de Faria (2009) resume e explica bem o nosso entendimento em relação às maiores necessidades e também das possibilidades reais de trabalho das equipes de saúde.

[...] A busca por resultados diferentes no trabalho leva, necessariamente, à necessidade de uma mudança na forma de trabalhar. Esta mudança implica a valorização da comunicação e dos espaços de participação/negociação e a construção de parcerias. Implica ainda, o uso adequado de protocolos, uma boa gestão das informações, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções, a organização da agenda, ou seja, a equipe tem de aprender a trabalhar com as tecnologias de que ela dispõe, para usá-las de maneira mais eficiente e eficaz. Isso requer o esforço da capacitação permanente e da busca ativa do conhecimento. (FARIA, 2009, p.65)

## Nós críticos: nível de informação, hábitos e estilos de vida

### **Atendimento à gestante – importância**

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, reconhece a importância da educação em saúde e afirma que as gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem aconteça. Dentro do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, em especial o grupo de gestantes, conforme recomendado pelas atuais Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, deverão ser inseridas ações de saúde bucal, em especial as de educação em saúde.

Conforme Melo (2007), a negligência na higienização, alterações na dieta, hiperacidez no meio bucal e alterações hormonais favorecendo náuseas e vômitos, são condições que predisõem a gestante às doenças bucais; as alterações hormonais na gestante com aumento de estrogênio e progesterona alteram a resposta do periodonto aos agentes irritantes, favorecendo as doenças periodontais.

Para Medeiros (2003), o primeiro passo dos serviços de saúde para buscarem uma população livre de cárie, é uma gestante bem informada sobre sua saúde bucal e geral, visto que ela é formadora de opiniões e pode determinar a maioria dos comportamentos dos filhos, inclusive da dieta cariogênica e outros hábitos. Dentre as informações importantes para a gestante, está o risco de transmissibilidade de microrganismos bucais à criança pelos pais (prevenção primária das doenças bucais), que pode se dar no momento de provar e esfriar os alimentos ou limpar a chupeta. A cárie de mamadeira também deve ser um dos assuntos abordados, visto que as mamadas noturnas sem higiene da boca, o uso de adoçantes nos alimentos, assim como de medicamentos adocicados, também é um hábito muito comum por falta de conhecimentos adequados. Os estudos mostram que a maioria das gestantes aumentam a ingestão de carboidratos e diminuem a frequência de escovação diária, o que justifica a importância do início da odontologia do bebê durante a gestação. Vários autores, assim como Massao *et al.* (1996) salientam que na presença de fatores de risco como higiene bucal deficiente, aleitamento noturno e dieta rica em sacarose, associados à falta de orientação dos pais, contaminação bucal precoce e hábitos inadequados, as crianças de menos de três anos de idade apresentam um ambiente bucal propício para o aparecimento de lesões cáries.

Reis (2010) afirma que, segundo vários autores, a gravidez é um período de muita receptividade da gestante às mudanças e ao processamento de informações que irão beneficiar o futuro bebê. Konishi (1999) também diz que a gestante mostra-se psicologicamente

receptiva a novos hábitos a favor do bebê. Assim, é fundamental que o grupo de gestantes seja utilizado pela equipe de saúde com momentos propícios para o repasse de conceitos e informações básicas para que a gestante faça escolhas, tenha atitudes favoráveis que reflitam no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável, transformando-a numa multiplicadora de informações e ações que possam tornar o núcleo familiar mais saudável e com maior qualidade de vida. Neste sentido é que a equipe deve iniciar as ações educativas e preventivas com a gestante, visando que ela cuide da sua saúde bucal e possa reproduzir os bons hábitos desde o início da vida da criança. Batista (2009) lembra que é no início da infância que ocorre o período de socialização primária, fase onde ocorre apreensão de normas e valores e há identificação dos filhos com o comportamento dos pais. O conhecimento disto pelos profissionais de saúde é fundamental porque reforça a lógica da educação no sentido da mudança de hábitos e comportamentos dos pais para que os filhos tenham boas referências em família.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (2001), preconiza como responsabilidade do sistema de saúde municipal, a prevenção de problemas odontológicos e o cadastramento prioritário da população de zero a quatorze anos e gestantes, sugerindo atividades como procedimentos coletivos, tais como “o levantamento epidemiológico, a escovação supervisionada e evidenciação da placa bacteriana, os bochechos com flúor e a educação em saúde bucal.”

Batista (2009) propõe uma estratégia social que pode ser utilizada como ferramenta pela equipe de saúde nas ações para melhoria dos indicadores que é o envolvimento familiar nas questões da saúde bucal infantil, com aumento do vínculo entre família e equipe, maior participação social, co-responsabilização da família pela saúde, aquisição de novos hábitos e comportamentos a favor dos auto-cuidados, da recuperação e manutenção da saúde bucal. Ainda de acordo com Batista (2009), a equipe de saúde que atua na ESF deve desenvolver o processo de trabalho sempre considerando as dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais onde vivem os indivíduos e suas famílias, até porque há forte correlação entre os aspectos socioeconômicos e o acesso ou utilização dos serviços de saúde (odontológicos), assim como também com a valorização da saúde bucal infantil pela família ou as percepções em relação à saúde bucal.

As mães, segundo Batista (2009), participam pouco das atividades diárias de higiene bucal das crianças, fato este que favorece para que as lesões de cárie só sejam percebidas diante da dor ou de grandes destruições dentárias.

Para o enfrentamento destes nós críticos “**Nível de informação, hábitos e estilos de vida inadequados**”, foi proposto um projeto denominado “Interação”, com uma estratégia que consta de cinco etapas descritas a seguir.

### **Projeto Interação**

**Primeira etapa:** Buscar a classificação socioeconômica e cultural da gestante e família, já realizada pela equipe de acordo com o nível educacional, renda familiar, faixa etária e caracterização dos domicílios. Após a análise da classificação de risco, já conhecemos melhor a família e os riscos a que estão expostos, poderemos então definir melhor as ações e abordagem da gestante e família nas próximas etapas do projeto.

**Segunda etapa:** Acolhimento da gestante e formação de grupos operativos de gestantes para aplicação das palestras educativo-interativas através de slides em notebook, TV ou outras mídias, ilustradas com fotos e animações, com a seguinte abordagem:

- a) **A gestação e a saúde bucal** - Manifestações bucais na gestação: gengivite gravídica pelo aumento da progesterona e estrogênio, aumento do consumo de carboidratos e do número de refeições, náuseas e vômitos (hiperacidez bucal), negligência na higienização bucal X cárie e doenças periodontais na gestação; Risco de aborto, bebês de baixo peso e prematuros por causa das doenças periodontais na gestante; Importância do tratamento odontológico na gravidez, motivação da gestante para o tratamento no segundo trimestre de gestação, explicação sobre a segurança do tratamento (desmistificação da intervenção clínica na gestante); Desenvolvimento do paladar do bebê no quarto mês de gestação.
- b) **Amamentação:** O aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês e importância do aleitamento para a prevenção das doenças e má oclusão da criança. Abordar os aspectos importantes da amamentação materna como recuperação da mãe no pós parto, é fonte nutricional para o recém nascido, reforça a imunidade contra doenças infecciosas e alérgicas, determina menor taxa de mortalidade infantil, melhora as condições emocionais e estabelece maior vínculo entre mãe e filho, aspectos estes que foram considerados pelo Ministério da Saúde, a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, quando da recomendação do aleitamento exclusivo até o sexto mês, associado a outros alimentos após o sexto mês até os dois anos ou mais. Em relação à saúde bucal, a amamentação materna contribui em vários outros aspectos da saúde da criança, como o desenvolvimento do sistema estomatognático (deglutição,



mastigação e fono-articulação, crescimento da mandíbula e respiração correta), sendo que sua interrupção precoce propicia a aquisição de hábitos nocivos como sucção de chupeta e dedo que podem causar má oclusão dentária. Quando a mamadeira for inevitável, recomenda-se o bico ortodôntico e o furo do bico seja pequeno para propiciar o gotejamento. Com a erupção do primeiro dente, por volta dos seis meses, recomenda-se eliminar as mamadas no meio da noite, seja no peito ou mamadeira, para não haver estagnação de leite e desmineralização dos dentes, ou que se proceda a higiene bucal após a mamada.

- c) **Dentição decídua:** Erupção, funções e importância dos dentes de leite.
- d) **Hábitos deletérios:** A sucção da chupeta é o mais freqüente e pode determinar má-oclusão dentária e deve ser removido até os dois anos de idade. É aconselhável que seja ortodôntica, de silicone, sem argola para dependurar na roupa, de tamanho adequado ao tamanho da criança. Hábitos deletérios como uso da chupeta, chupar o dedo, morder objetos, podem causar retrognatismo maxilar, mordida aberta anterior, musculatura labial superior hipotônica, hipoplasia do palato, interposição de língua, atresia do arco superior e respiração bucal.
- e) **Dieta:** Ambos, leite materno ou bovino, este último principalmente se adicionado de sacarose, são cariogênicos. Outros carboidratos fermentáveis são utilizados na dieta infantil, como os processados que contém amido, glicose e maltodextrina (polímero da glicose) que são encontrados em bebidas e alimentos doces e fórmulas para lactentes. Por isto é aconselhável a limpeza ou escovação após as refeições ou mamadas para reduzir a cariogênese. A Cárie de Mamadeira e Cárie Precoce da Infância (CPI) antes dos três anos tem suas causas na amamentação noturna, alto consumo de carboidratos e negligência de higiene bucal, e suas conseqüências para a criança podem ser dor, infecções locais e gerais, perda dentária, erupção ectópica dos permanentes, comprometimento da estética facial, perturbações fonéticas, dificuldades para mastigar, halitose, perda da qualidade de vida da criança.
- f) **Cárie dentária:** De origem infecciosa e multifatorial, a cárie dentária é a afecção mais comum na infância depois da asma, sendo que em estágios avançados pode causar disfunções na mastigação, fonação, respiração e/ou articulação, com danos para a saúde geral da criança, além das conseqüências na aparência e auto-estima da mesma. Areias *et al.* (2010) lembram que a cárie precoce da infância (CPI) é uma doença crônica que afeta a dentição temporária de crianças em idade pré-escolar uma vez que pode se desenvolver imediatamente após a erupção dentária; é definida como a presença de pelo menos um

dente cariado (lesão com ou sem cavitação), a ausência de um dente (por cárie) ou a existência de uma obturação num dente temporário, numa criança de idade compreendida entre zero e 71 meses;

- g) **Medicamentos:** Em crianças com doenças crônicas que fazem uso de medicamentos à base de sacarose, há uma associação com o aumento da incidência de cárie dentária, sendo aconselhável que estas medicações sejam administradas preferencialmente durante as refeições principais e não entre as refeições ou durante a noite. Caso não seja possível, é fundamental a higiene bucal após a administração dos medicamentos.
- h) **Higiene bucal e uso do flúor:** No lactente é recomendável que se faça a higiene bucal pelo menos duas vezes ao dia, sendo pela manhã e à noite, após a última mamada, onde pode ser utilizada uma gaze ou fralda umedecidas em água filtrada, ou dedeiras de silicone, ou escovas muco bucais, para limpeza das gengivas, rebordos alveolares e língua, para remover o leite estagnado e acostumar o bebê à manipulação da boca. Após a erupção do primeiro dente decíduo, iniciar o uso de uma escova de dente de cabeça pequena, cerdas macias e extremidades arredondadas. Antes dos seis anos de idade a criança não possui habilidade manual suficiente para escovar os dentes sozinha e deve ser supervisionada por um adulto. O flúor, que está presente em alguns alimentos, água de abastecimento público e maioria dos creme dentais, promove o fortalecimento do esmalte reduzindo consideravelmente a cárie, mas pode causar fluorose se ingerido em grandes quantidades através do creme dental e ou medicamentos que o contêm, por isto, o creme dental deve ser introduzido assim que a criança comece a cuspir adequadamente e em quantidade semelhante a um grão de ervilha.
- i) **Primeira visita da criança ao dentista:** Importância do acompanhamento odontológico.

A Educação em Saúde é definida por Candeias (1997), como: “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. Combinações enquanto abordagem dos múltiplos determinantes dos comportamentos humanos, experiências e intervenções; delineadas no sentido de constituírem atividades sistematicamente planejadas e que sejam vivenciadas sem coerção, com plena compreensão dos objetivos implícitos e explícitos nas ações educativas.

A palestra é fonte teórica de informações, mas é imprescindível que esta estratégia educativo-interativa tenha como base a emancipação dos sujeitos, no caso da gestante e/ou companheiro, sendo fundamental para isto que o educador envolva-se com a realidade da família que quer educar, daí a necessidade do conhecimento prévio das condições sócio econômicas.

De acordo com Veras (2003),

Com o objetivo de criar vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, a educação em saúde visa capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida. Assim, esta ação deve ser **estimulativa**, com vistas a levar o indivíduo a participar do processo educativo; **exercitativa**, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; **orientadora**, com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; **didática**, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e terapêutica para permitir retificar os eventuais descaminhos do processo educativo.

**Terceira etapa:** tratamento odontológico da gestante que deve ter sido previamente agendado ao final da segunda etapa. Neste momento a gestante já foi corretamente orientada sobre a segurança e necessidade do tratamento odontológico, a equipe toda já conhece as condições de saúde desta gestante assim como as alterações que podem ocorrer devido a gravidez, preferencialmente no segundo trimestre de gestação, são realizados os procedimentos clínicos necessários e reforço da educação em saúde bucal com orientações práticas da higiene oral . Conforme Magalhães *et al.* (2009), para que o acompanhamento adequado da gestante seja efetivado, o primeiro obstáculo a ser transposto é o contexto sócio-cultural dela, dos familiares, médicos e cirurgiões dentistas. Ela justifica citando um estudo onde 92,6% das pacientes não procuraram o cirurgião dentista durante a gravidez, 46,6% foram desaconselhadas pelos ginecologistas a irem ao dentista e 60% das que procuraram um cirurgião-dentista foram desaconselhadas por esses a realizarem o tratamento. Diante disto, podemos deduzir que o desconhecimento da importância do acompanhamento odontológico da gestante, das alterações que podem ocorrer e das condutas para procedimentos clínicos seguros, sejam os fatores que dificultam ou até impeçam o atendimento odontológico das gestantes.

**Quarta etapa:** O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é realizado pela equipe na unidade de saúde quando das consultas do calendário mínimo de atendimento de crianças, proposto pelo Ministério da Saúde, e sempre que qualquer membro da equipe achar que necessário, deve sugerir intervenção dos profissionais da saúde bucal. Na primeira semana de saúde integral, o dentista deve participar do atendimento com um reforço das orientações já passadas na segunda etapa, principalmente sobre a limpeza da boca da criança e a importância da AME até os seis meses. O ideal é uma visita domiciliar feita pelo cirurgião dentista e/ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e/ou Técnico em Saúde Bucal (TSB) na idade

superior a dois meses do bebê, com reforço das ações educativas através de álbum seriado com imagens, além da demonstração da limpeza da boca do bebê pela mãe com treinamento se necessário. Aproveitar o momento da visita para remoção das possíveis dúvidas da mãe, assim como motivá-la mais uma vez para aplicação dos princípios de prevenção e promoção de saúde, além de deixar marcada a primeira consulta do bebê ao consultório na idade de três meses.

Conforme Simioni (2005) há a necessidade de acompanhamento pós-parto da mãe, do bebê e núcleo familiar porque muitas mães se perdem entre a intenção e a ação. Ela diz que para as pessoas a consciência da saúde bucal como necessidade é uma produção social e está diretamente relacionada às condições de vida, às tradições, ao hábito social e às representações sobre o corpo, a saúde e a doença e que são fatores fundamentais para o processo ensino-aprendizagem o conhecimento das histórias de vida e o contexto sociocultural em que as pessoas vivem. Deduz-se que as visitas domiciliares são parte essencial na estratégia de atuação na educação em saúde, visto que a transmissão de informações por si só não é capaz de modificar os padrões de comportamento e hábitos. Através do conhecimento da realidade de cada família, dos seus valores e respeitando-se as particularidades individuais, as ações profissionais para motivação tornam-se mais adequadas e eficazes. A visita domiciliar tem a função de ajudar as mães a colocar em prática o que foi demonstrado na palestra, sendo um reforço educativo, momento para esclarecimento de dúvidas que permaneceram, assim como aproximação entre o profissional e família.

**Quinta etapa:** visitas do bebê ao dentista para acompanhamento iniciando na idade de três meses e depois seguindo de três em três meses até dois anos de idade e daí de seis em seis meses até os cinco anos de idade da criança, podendo variar conforme o risco familiar.

#### Nós Críticos: estrutura dos serviços de saúde e seus processos de trabalho

### **Odontologia para bebês e a importância do trabalho integrado da equipe de saúde da família**

A educação e prevenção são os fundamentos da filosofia da Odontologia para bebês. Daí advém que a educação e motivação dos pais através de conhecimentos sobre importância da boca, da dentição decídua e amamentação natural, sobre os conceitos da cárie como doença e das medidas eficazes na prevenção, sejam o caminho natural para que o bebê adquira ainda

na primeira infância os hábitos saudáveis em relação à saúde bucal e geral. Foi a partir da Odontologia para bebês que o primeiro atendimento da criança passou dos seis anos de idade para os seis meses ou até mesmo antes com orientações aos pais e em especial às gestantes, alterando o modelo cirúrgico-restaurador para o de promoção de saúde, com a transmissão de conhecimentos de que a cárie é transmissível através do assoprar ou provar os alimentos no núcleo sócio-familiar (SILVA, 2007a).

O pediatra ou clínico da atenção básica normalmente é o primeiro profissional que tem acesso ao bebê para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, podendo ser ele o primeiro educador em saúde bucal, seguido dos profissionais de enfermagem que normalmente o acompanham nos procedimentos técnicos e educativos.

A cárie dentária em bebês manifesta-se de forma agressiva e acelerada, podendo promover até a destruição completa do elemento dentário em curto espaço de tempo. Daí a grande responsabilidade do pediatra ou médico da atenção básica, cirurgião dentista ou enfermeiro em estabelecer o quanto antes os cuidados preventivos, clínicos e educativos (SILVA, 2007b). É importante o conhecimento pelos profissionais do conceito de “Janela de Infectividade”: época de maior risco à transmissão e colonização de microorganismos da mãe para o filho (entre 19 e 31 meses de vida) visando à informação da mãe sobre os riscos de transmissibilidade dos microorganismos da cárie ao bebê. De posse destas informações podemos deduzir que a educação continuada da equipe de saúde, mesmo que os profissionais já tenham curso de especialização voltado para a Estratégia de Saúde da Família, pode proporcionar o conhecimento e segurança necessários aos diversos profissionais sobre saúde bucal da gestante e da criança para que o processo de trabalho contemple a integralidade do cuidado.

### **Projeto Estruturando**

Os nós críticos **estrutura dos serviços de saúde e seus processos de trabalho** foram abordados levando-se em conta as considerações de Lima (2006), onde ele diz que a equipe de saúde da família tem que mudar a forma de atuação e a organização do trabalho para alcançar metas que vão além do atendimento individual e clínico, assumindo posturas e práticas diferentes as atuais, focando um dos princípios do SUS, a integralidade do cuidado, onde todos os membros da equipe desempenham as práticas inclusive de saúde bucal, que se constitui num campo de saberes comuns a várias profissões. Um melhor uso das Linhas Guia preconizadas pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006),

assim como a elaboração e adoção dos protocolos clínicos e também de cuidados em saúde bucal, é imprescindível para dar um novo rumo aos serviços de saúde, corrigindo as posturas e práticas predominantes relativos ao atendimento da gestante e criança na atenção básica em saúde. O contato entre os membros da equipe de saúde e os pais, de preferência durante o pré-natal, representa um momento para incentivo de escolhas saudáveis. As capacitações da equipe sobre conceitos básicos da atenção precoce à saúde bucal, no intuito do trabalho multiprofissional através do estudo das Linhas Guia Saúde Bucal e Atenção ao pré-natal, parto e puerpério disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, (Minas Gerais, 2006), devem fazer parte do planejamento para enfrentamento destes nós críticos.

Descrevemos a seguir as etapas do plano de intervenção através dos projetos Interação e Estruturando. Os Quadros 3, 4, 5, 6, 7 e 8, apresentam as etapas que nortearam a elaboração e acompanhamento da execução do plano de intervenção proposto.

Nó Crítico	Justificativa
<b>Nível de informação; Hábitos e estilos de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A falta de informações sobre a importância da dentição decídua, a transmissibilidade da cárie, e os serviços sociais e de saúde, interfere na saúde bucal dos infantes e crianças.</li> <li>- Dieta inadequada, higiene bucal deficiente dos pais e crianças, falta de acesso à escova e creme dental, interferem no processo saúde/doença e impossibilitam a formação de bons padrões de comportamento já nos primeiros anos de vida da criança.</li> </ul>
<b>Estrutura dos serviços de saúde e seus processos de trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe multiprofissional despreparada para os cuidados integrais da criança.</li> <li>- Inexistência de protocolos</li> <li>- Má utilização das linhas guias</li> <li>- O trabalho da equipe tem principal enfoque nas doenças instaladas e não na promoção de saúde e prevenção de doenças</li> <li>- Falta de insumos (escova, creme dental, recursos audiovisuais)</li> </ul>

**Quadro 3.** Nós críticos

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<b>Nível de informação; Hábitos e estilos de vida</b>	<b>“Interação”</b> Modifica o nível de informação da família. Modifica hábitos de dieta e higiene da família	80% das famílias com gestantes e filhos de 0 a 5 anos acompanhadas, informadas, com hábitos e estilos de vida saudáveis	Estratégia para atendimento e acompanhamento de gestantes e bebês	<b>Organizacional</b> →Organizar os grupos p/ palestras interativo-educativas e org. da agenda ; acompanhar o fluxo de gestantes e bebês  <b>Cognitivo</b> → Preparar as palestras e estratégias de comunicação/interação  <b>Político</b> → Facilitar a adesão e participação da equipe  <b>Financeiros</b> → Recursos áudio-visuais e folhetos educativos
<b>Estrutura dos serviços de saúde e seus processos de trabalho</b>	<b>“Estruturando”</b> Capacitação da equipe para o trabalho interdisciplinar e intersectorial; Elaboração e implantação do protocolo de cuidados em saúde bucal	Equipe preparada e visando a saúde integral da criança; utilização correta de Linhas Guia e Protocolo de Cuidados em Saúde Bucal	Capacitação da equipe multidisciplinar através das Linhas Guia de Saúde Bucal e Atenção ao pré-natal, parto e puerpério Protocolo de Cuidados em Saúde Bucal implantado Trabalho intersectorial	<b>Organizacional</b> → Adequação dos fluxos de referência e contra-referência; agenda de treinamentos da equipe  <b>Cognitivo</b> → Elaboração do protocolo de cuidados; →treinamentos da equipe p/ utilização do protocolo de cuidados em saúde bucal  <b>Político</b> → Adesão dos profissionais ao projeto

Quadro 4. Recursos necessários

Nó Crítico	Recursos Críticos
<b>Nível de informação; Hábitos e estilos de vida</b>	<b>Cognitivo</b> → Preparar as palestras e estratégias de comunicação/interação; preparar os áudio-visuais  <b>Político</b> → Facilitar a adesão e participação da equipe  <b>Financeiros</b> → Recursos áudio-visuais e folhetos educativos
<b>Estrutura dos serviços de saúde e seus processos de trabalho</b>	<b>Cognitivo</b> → Elaboração do protocolo de cuidados; →treinamentos da equipe p/ utilização do protocolo de cuidados em saúde bucal  <b>Político</b> → Adesão dos profissionais ao projeto

Quadro 5. Recursos críticos para cada operação

Nó crítico	Recursos críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
<b>Nível de informação; Hábitos e estilos de vida</b>	<b>Cognitivo</b> → preparar as palestras e estratégias de comunicação/interação →preparar os áudio-visuais	Cirurgião Dentista e Coordenador da Equipe	Favorável	Não é necessário  Apresentação do projeto  Apresentação do projeto acompanhado do material áudio-visual e folhetos já elaborados
	<b>Político</b> → facilitar a adesão e participação da equipe	Coordenações da Atenção Básica e Saúde Bucal	Favorável	
	<b>Financeiros</b> → recursos áudio-visuais e folhetos educativos	Secretaria de Saúde e Ação Social	Favorável	
<b>Estrutura dos serviços de saúde e seus processos de trabalho</b>	<b>Cognitivo</b> → Elaboração do protocolo de cuidados; →treinamentos da equipe p/ utilização do protocolo de cuidados em saúde bucal	Coordenador de Saúde Bucal e Cirurgiões Dentistas da rede	Favorável	Não é necessário  Apresentação do Projeto
	<b>Político</b> → Adesão dos profissionais ao projeto	Secretário de Saúde	Favorável	

Quadro 6. Operações estratégicas a serem desenvolvidas para viabilizar os recursos críticos

Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>“Interação”</b> Modifica o nível de informação da família Modifica hábitos de dieta e higiene da família	80% das famílias com gestantes e filhos de 0 a 5 anos acompanhadas, informadas, com hábitos e estilos de vida saudáveis	Estratégia para atendimento e acompanhamento de gestantes e bebês	Apresentação do projeto  Apresentação do projeto acompanhado do material áudio-visual e folhetos já elaborados	Coordenações da Atenção Básica e Saúde Bucal  Coordenador da equipe e cirurgião dentista	6 meses
<b>“Estruturando”</b> Capacitação da equipe para o trabalho interdisciplinar e intersetorial; Elaboração e implantação do Protocolo de Cuidados em Saúde Bucal	Equipe preparada e visando a saúde integral da criança;  Utilização correta de Linhas Guia e Protocolo de cuidados	- Capacitação da equipe multidisciplinar através das Linhas Guia de Saúde Bucal e Atenção ao pré-natal, parto e puerpério - Protocolo de Cuidados em Saúde Bucal implantado - Trabalho intersetorial	Apresentação do projeto	Coordenadores da Atenção Básica e de Saúde Bucal	6 meses

Quadro 7. Plano operativo



<b>Coordenação: Coordenadores das equipes e respectivos cirurgiões dentistas – Avaliação após um ano do início do projeto</b>					
<b>Produtos Esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Estratégia para atendimento e acompanhamento de gestantes e bebês	Coordenações da Atenção Básica e Saúde Bucal Coordenador da equipe e cirurgião Dentista	6 meses	Projeto em execução: a avaliação dos resultados é positiva	Continuidade do Projeto	
- Capacitação da equipe multidisciplinar através das Linhas Guia de Saúde Bucal e Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério - Protocolo de Cuidados em Saúde Bucal implantado - Trabalho intersetorial	Coordenadores da Atenção Básica e de Saúde Bucal	6 meses	- Linhas Guia estão sendo bem utilizadas - O Protocolo de Cuidados em Saúde Bucal está pronto, em fase de implantação - As capacitações p/ uso do Protocolo estão no início -O trabalho intersetorial com os Centros de Educação infantil está satisfatório	A elaboração do Protocolo de Cuidados atrasou pela dificuldade de marcar reuniões	3 meses

**Quadro 8.** Planilha para acompanhamento de projetos

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou uma investigação das causas do problema “Baixo índice de crianças com cinco anos de idade livres de cárie” e também das ações de saúde necessárias para o seu enfrentamento por equipe multidisciplinar. Na Estratégia de Saúde da Família, a Saúde Bucal da criança terá uma abordagem mais resolutiva se estiver inserida dentro da proposta de saúde integral da criança, acompanhada por toda a equipe de saúde, ou seja, deve ser de responsabilidade de todos com o foco na melhoria dos indicadores. A articulação do trabalho multidisciplinar, em detrimento das ações isoladas da equipe de saúde bucal, tem condições de maior mobilização da família para a promoção da saúde geral e bucal da criança, levando conseqüentemente à consolidação dos princípios da integralidade, longitudinalidade, responsabilização e equidade na atenção primária da criança. Lima (2006, p. 197), considerava que:

Os trabalhadores das diversas áreas geralmente cristalizam, por meio da divisão técnica do trabalho, um afastamento daquilo que julgam não ser de sua competência. Assim, aprisionam o campo do cuidado em uma atividade marcada pelo individualismo e pelo fracionamento dos atos terapêuticos. Os profissionais do serviço de saúde devem também para a saúde bucal, atuar sob uma concepção ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade, e a promoção da saúde seja o objetivo central.

O presente estudo, além de propor um plano de ação com mudanças do processo de trabalho da ESF, propõe também, a partir das condições sócio-econômicas, ações educativo-interativas, considerando os conhecimentos e capacidades individuais dos pais, principalmente a gestante, seguidas das ações de acompanhamento da criança, motivando a família para as escolhas saudáveis, transformando-a em autora/protagonista e responsável em defesa da vida seja de forma individual ou coletiva. De acordo com Massoni *et al.* (2010) os pais e responsáveis são referências para as crianças, visto que elas colocam em prática o aprendizado quando o mesmo é relacionado às pessoas que são sua referência, daí a importância de motivação dos pais sobre a importância da promoção da saúde geral e bucal dos seus filhos.

## REFERÊNCIAS

AREIAS, C. *et al.* Cárie precoce da infância: o estado da arte. Sociedade Portuguesa de Pediatria. **Acta Pediatr Port.**, v.41, n.5, p.217-21, 2010.

BATISTA, A.C.P. **A família como uma estratégia social na promoção da saúde bucal infantil.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - CEABSF, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003:** condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, abr 2004. 51p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Projeto%20SB%20Brasil%202003:%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20bucal%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%202002-2003:%20resultados%20principais/1030>> Acesso em: 25 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf)>. Acesso em: 06 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2010. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Bucal/SB\\_NI\\_2010dez28.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Bucal/SB_NI_2010dez28.pdf)>. Acesso em: 19 Jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1. p. 85.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 1997; v.31, n.2, p.209-213.

CARDOSO F.C.; FARIA H.P.; SANTOS M.A. **Módulo 3:** Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; Nescon/UFMG. 2008.

CECCIM R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** 2004. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>. Acesso em: 25 out 2011.

FARIA, H.P. *et al.* **Unidade Didática I. Mod.1.** Processo de trabalho em saúde. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

GUIMARÃES, M.S. *et al.* Atividade de cárie na primeira infância: fatalidade ou transmissibilidade? **Ciência Odont. Bras.** 2004 out./dez.; v.7, n.94, p.45-1.

KITAMURA, E.S.; LEITE, I.C.G. **Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra e municípios mineiros:** implicações para a inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família. **APS**, v.12, n.2, p.140-149, abr./jun.2009.

KONISHI, M.F.C.C. Odontologia intra uterina. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.49, n.2, p.135-6, 1999.

LIMA, C.M.G. *et al.* Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Revisões e Ensaio.** *Pediatria (São Paulo)* 2006; v.28. n.3, p.191-8.

MAGALHÃES, A.C. *et al.* Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. **Rev. Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v.8, n.3, p.245-249, jul/set., 2009..

MASSAO, J.M. *et al.* Filosofia da Clínica de bebês da Unigranrio-RJ. **Rev. Bras. Odont.** Rio de Janeiro, v.53, n.5, p.6-13; set/out. 1996.

MASSONI, A.C.L.T. *et al.* Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr**, João Pessoa, v.10, n.2, p.257-264, maio/ago. 2010.

MEDEIROS E.B.; RODRIGUES, M.J. Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal de seu bebê. **Rev APCD**, 2003; v.57, n.5, p.381-6.

MELO, N.S.F.O. *et al.* Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enferm.**; 2007; Abr/Jun; v.12, n.2, p.189-97.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v.9, n.16, p.172-174, 2005. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo01.PDF> Acesso em: 25 de out 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linhas Guia**. SAS/SES, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>. Acesso em: 30 out. 2011.

REIS, D.H. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.269-276,2010.

SILVA, E.L. Odontologia para bebês. **Revista Paranaense de Medicina**. v.21, n.4, dez. 2007a.

SILVA, J.B.O.R. Conhecimentos de profissionais e estudantes da área da saúde sobre odontologia para bebês. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 9, n.1, p. 36-42, dez. 2007b.

SIMIONI, L.R.G. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **RPG Rev. Pos Grad.**, 2005; v.12, n.2, p.167-73.

VAZ, P.R.M. **Projeto Sorria Bairro-escola**: levantamento epidemiológico e análise dos condicionantes sócio-econômicos familiares relacionados à saúde bucal dos pré-escolares das creches municipais da cidade de Nova Iguaçu, RJ, Brasil. 2008.

VERAS, M.S.C. *et al.* Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev Odontol UNICID**, 2003; v.15, n.1, p.55-61.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê** (odontopediatria do nascimento aos três anos). São Paulo: Artes Médicas, 1999.