

SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Oral Health in early childhood: perceptions of Family Health Strategy professionals

Patrícia Soares Cavalcante¹,
Pedro Alves de Araújo Filho², Ticiania Medeiros de Saboia³

RESUMO

A inserção do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família visa possibilitar uma abordagem ampliada aos usuários na perspectiva do cuidado integral e multiprofissional, particularmente às crianças na fase infantil. Este estudo busca compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação à saúde bucal de crianças na primeira infância. É um estudo qualitativo, exploratório, constituído de entrevista semiestruturada sobre os cuidados em saúde bucal da criança praticados pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família de duas unidades de saúde de Fortaleza-CE, no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016. A análise dos dados consistiu em pareamento das informações e subdivisão em categorias, segundo análise temática. Os resultados foram três categorias e suas subcategorias: Percepção da Saúde Bucal na ESF; Organização do Processo de Trabalho (Pré-natal odontológico e Fluxo assistencial em saúde bucal de crianças); e Cuidados em saúde bucal. Há uma percepção dos profissionais da importância da odontologia na ESF, mas o estabelecimento de fluxos assistenciais das crianças não está definido, com cuidados e práticas que reforcem o modelo de atenção à saúde biomédica hegemônica.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal; Saúde da Criança; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The inclusion of the dentist in the family health team provides a broader approach to users in the context of comprehensive and multidisciplinary care, particularly for children in the infant stage. This study seeks to understand the perception of Family Health Strategy (FHS) professionals regarding the oral health of children in early childhood. It is a qualitative, exploratory study, consisting of semi-structured interviews on the oral health care of children practiced by professionals from Family Health Teams of two health units in Fortaleza, Ceará, between November 2015 and January 2016. The data analysis consisted of information pairing and subdivision into categories according to thematic analysis. The results were three categories and their subcategories: Perception of oral health in the FHS; Work Process Organization (Prenatal dental care and care workflow in children's oral health); and Oral health care. There is a perception among professionals of the importance of dentistry in the FHS, but the establishment of assistance workflows for children is not defined, with care and practices that reinforce the hegemonic biomedical health care model.

KEYWORDS: Oral Health; Children's Health; Family Health Strategy.

¹ Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal da Bahia (2013), Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: patty.cavalcante@hotmail.com.

² Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Especialista (em caráter de Residência) em Saúde da Família e Comunidade, Fortaleza, Ceará, Brasil.

³ Escola Cearense de Odontologia São Leopoldo Mandic, Mestrado e Especialização em Odontopediatria, Fortaleza, Ceará, Brasil. Escola de Saúde Pública do Ceará, Residência Integrada em Saúde.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), utilizada como modelo de organização da Atenção Básica e política de Estado no Brasil, deve ser desenvolvida, por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente na área adscrita em que vivem essas populações.^{1,2}

A ESF utiliza tecnologias de cuidado complexas, com baixa densidade, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda necessidade de saúde deve ser acolhida. Neste modelo de atenção, dentre essas necessidades, está a saúde bucal, que visa ampliar o acesso da população às ações e aos serviços odontológicos de uma área adscrita.^{1,3}

As trocas de saberes e práticas possibilitadas pelo trabalho em equipe permitem que todos os profissionais inseridos na ESF sejam capazes de realizar orientações sobre cuidados em saúde bucal, principalmente referentes à promoção e à prevenção. Entretanto, em razão da divisão técnica do trabalho e da ideia de que a saúde bucal é atribuição apenas do dentista, muitos profissionais se afastam do que julgam não ser de sua competência, contrariando o princípio da integralidade da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).^{3,4,5}

Para Ayres (2009), a concepção de cuidado é um processo dialógico de interação terapêutica e de construção social, permeado pelo desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo, de exercício de um saber/fazer/ser prático na produção da saúde, apoiado na tecnologia, mas sem deixar o agir em saúde resumir-se à intervenção técnico-assistencial.

O cuidado, nesse sentido, necessita ser considerado em sua forma ampla, pois na infância, além dos aspectos biológicos, as vivências e percepções dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar devem atender às necessidades em saúde do usuário em sua forma integral: psicológica, social, espiritual etc. Desse modo, este cuidado deve ser visto numa perspectiva multidisciplinar, de forma pactuada e corresponsável com a família, em busca da atenção integral à criança.³

Barros et al. (2010) ressaltam que as condições de vida de uma criança são afetadas pelo acesso que ela tem a serviços básicos de saúde, bem como pela qualidade destes. Em protocolos específicos de Linhas de Cuidado em Saúde Bucal para a atenção à saúde da criança, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o município de Fortaleza-CE preconizam estratégias de cuidado pelos profissionais

da ESF, pois possibilitam a priorização do atendimento integral à criança, em especial aquelas menores de cinco anos.^{8,9}

Tais estratégias envolvem, desde uma maior vigilância às gestantes e puérperas, por meio do acompanhamento mais sistemático das mesmas, até o acompanhamento contínuo da criança na referida faixa etária.^{8,9}

Os resultados do levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal (SB Brasil 2010) registraram uma média no índice ceod de 2,4 dentes em crianças de 5 anos. A média livre da doença na referida faixa etária em 2010 era de 46,6%, sendo que a meta para o ano 2010 estabelecida pela OMS é de 90% das crianças livres da doença, percentual ainda não atingido.¹⁰

Em Fortaleza-CE, a prevalência de cárie para os 5 anos é de 45,3%, com índice de dentes cariados, com extração indicada e obturados (cedo) de 1,62. Entre 18-36 meses de idade da criança, encontra-se uma média de 9,5%, sendo que o componente cariado do índice ceod representa 87,1%. No grupo etário de 5 anos, a prevalência de cárie no município tem um aumento de 370% em relação ao grupo de 18-36 meses.¹¹

Um dos fatores que podem justificar os índices acima relatados, refere-se ao fato de que por muito tempo, houve uma priorização da assistência odontológica e de programas de prevenção à cárie ao grupo dos escolares de 7 a 14 anos, como constatado por Ferreira et al (2011) que, em revisão sistemática sobre modelos de atenção à saúde bucal no Brasil, evidenciaram que a assistência odontológica às crianças menores de 5 anos sempre se estabeleceu como um problema de relevância pública.

O município de Fortaleza possui uma população estimada em 2.500.194 habitantes, com cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal de 50,23% e 30,65%, respectivamente, no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016. Destes, 66.358 encontram-se na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade.¹³

Considerando o alto índice de cárie em crianças na primeira infância em Fortaleza¹¹ e a importância do trabalho em equipe multiprofissional na ESF,¹ faz-se necessário um estudo explorando o cuidado em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família como produção de saúde em Fortaleza.

Nesse sentido, um dos pressupostos é de que o trabalho multidisciplinar na ESF pode ser uma estratégia para o estabelecimento de um cuidado integral à saúde da criança, assim como para a determinação de conhecimentos necessários a esses cuidados em saúde bucal pela equipe multiprofissional. O presente estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação ao cuidado integral em saúde

bucal à criança na primeira infância.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório, constituído de entrevista para coleta de informações e percepções dos profissionais de nível superior que compõem as Equipes de Saúde da Família (EqSF) (dentistas, enfermeiros e médicos), em relação à saúde bucal de crianças na primeira infância, de duas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) na área de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) IV, do município de Fortaleza-CE.

Segundo Minayo (2013), o estudo qualitativo consiste em uma análise de abordagem subjetiva que não esgota um fenômeno social. Dessa forma, as percepções, motivações e expectativas dos profissionais em relação à saúde bucal de crianças na ESF seriam melhor analisadas.

As entrevistas foram realizadas com um roteiro semiestruturado, abrangendo perguntas acerca do perfil dos profissionais, seu processo de trabalho e informações gerais sobre saúde bucal de crianças na primeira infância.^{8,15,16} Foram realizadas em momento único e de forma não impositiva, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016.

Para organização e categorização dos dados, foi realizada análise temática do conteúdo que consiste, de acordo com Minayo (2013), em descobrir os núcleos de sentidos presentes nas falas dos sujeitos, algo cuja frequência ou presença tenham significado para o objeto analisado.

Alves e Silva (1992) sugerem três guias mestras para a sistematização dos dados de entrevistas semiestruturadas, que são: 1. Retomada das questões advindas do seu problema de pesquisa; 2. Formulações da abordagem conceitual que permeia o estudo, gerando polos específicos de interesse e interpretações possíveis para os dados; 3. A própria realidade sob estudo, que exige um "espaço" para mostrar suas evidências e consistências.

A sequência utilizada para chegar aos resultados foi: retomada do objetivo do estudo; a inferência de um tema ou palavras significativas presentes nas respostas e o pareamento dessas respostas com a literatura atual em relação àquele tema. Os temas presentes foram escalonados utilizando uma escala de mensuração do tipo Likert,^{18,19} para alocação em categorias. A análise descritiva do estudo após escalonamento foi realizada no programa MINITAB.

A escala utilizada foi a do tipo Likert de três pontos, por envolver: opções de respostas suficientes; ajuste a pequenas amostras e por demandar pouco tempo de respos-

ta.¹⁹ Na escala utilizada, o número 1 faz referência àquelas respostas parcialmente satisfatórias; o número 2, àquelas satisfatórias; e o número 3, àquelas completamente satisfatórias, quando comparadas com a literatura pertinente à pesquisa.

As unidades de saúde estão situadas na área de abrangência da CORES IV, uma das sete coordenadorias de Fortaleza. Esta divisão abrange bairros que se caracterizam pela proximidade e perfil sociodemográfico²⁰ e foram escolhidas segundo os seguintes critérios: a) estarem situadas na área administrativa de atuação de duas equipes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), ênfase da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), o que favoreceu uma melhor identificação de possíveis fragilidades e potencialidades dos territórios de abrangência das equipes que fizeram parte do estudo; b) Implantação de um modelo de saúde baseado em condições crônicas para Atenção Básica nas duas unidades, sendo que uma delas funciona como laboratório experimental da coordenadoria e a outra não.

O modelo supracitado foi instituído no município, em 2013, com o intuito de reestruturação da Atenção Básica e enfoque nas condições crônicas da população, as quais seriam as doenças crônicas (hipertensão, diabetes etc.) e as alterações em saúde de curso longo (gestante, senicultura, puericultura etc), sem restrição da assistência às urgências em saúde.^{21,22}

Quanto aos critérios de seleção das equipes de saúde da família, estas deveriam estar completas (composta por enfermeiro, médico e dentista) no momento da pesquisa e tempo mínimo de atuação dos profissionais de três meses.

Os profissionais e/ou equipes que se enquadravam nos critérios de seleção para participar do estudo perfizeram um total de 18 profissionais entre médicos (6), dentistas (6) e enfermeiros (6). Desse total, 15 foram entrevistados e o restante se negou a participar da pesquisa.

As categorias de estudo foram organizadas na forma interpretativa do pesquisador. As narrativas dos profissionais foram identificadas pela sua categoria profissional e pelos seus respectivos números sequenciais, a fim de manter seguro o anonimato dos mesmos: Cirurgião-Dentista - CD1; CD2; CD3; CD4; CD5; CD6. Enfermeiro - E1; E2; E3; E4; E5; E6. Médico - M1; M2; M3.

Entre as características principais, 86,67% dos participantes possuíam vínculo empregatício estatutário, com uma média de 11,27 anos de atuação na ESF. E 60,03% apresentavam alguma especialidade relacionada à Saúde Pública.

A pesquisa segue a Resolução nº 466, de 2012, parecer nº 1.320.474, de 12 de novembro de 2015, do Comitê de

Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará,

que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do material analisado, surgiram três categorias empíricas de estudo com suas subcategorias: 1. Percepção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. 2. Organi-

zação do Processo de Trabalho na ESF: 2.1 Pré-natal odontológico; 2.2 Fluxo assistencial de atenção à saúde bucal de crianças na primeira infância. 3. Cuidados em saúde bucal à criança na ESF.

Percepção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

A atenção odontológica precoce na ESF representa a incorporação de um novo entendimento da abordagem das doenças bucais centrada numa perspectiva preventiva-promocional.¹² Entretanto, não é ainda um serviço de fácil acesso à população dessa faixa etária, e sua adoção na ESF seria uma possibilidade de romper com os modelos curativistas e biologicistas historicamente estabelecidos.^{12,23}

Quando questionados a respeito da importância do profissional da EqSF na prevenção de doenças orais e de como deve ser esse papel, a maioria (60%) menciona a importância do papel preventivo-educativo, o qual está relacionado à abordagem terapêutica com finalidade de educação em saúde e prevenção de doenças (score 2 da escala Likert) (Quadro 1). Evidenciando-se uma percepção da ESF com relação à importância da saúde bucal numa abordagem de forma mais integral e resolutiva dos problemas de saúde.

Quadro 1 - Percepção da Saúde Bucal na ESF.

Importância do profissional na prevenção de doenças orais e o seu papel na ESF		PARTICIPANTES			
Temas-Respostas		Dentista	Enfermeiro	Médico	Total (%)
1	Clínica individual e papel curativo	X	X	1	6.67
2	Preventivo-educativo: abordagem terapêutica com finalidade de educação em saúde e prevenção de doenças	3	3	2	60.00
3	Promoção da saúde, sem excluir a importância do papel preventivo e terapêutico-reabilitador.	3	3	X	33.33

Fonte: autoral.

“Na Saúde da Família, [...] não adianta fazer só tratamento curativo, se não fizermos com a perspectiva de cuidar. Então o papel é de orientação mesmo, da melhor maneira possível; a importância do ‘dente de leite’; eles acham que tem que tirar logo. E não é assim que funciona, porque não tem essa educação de cuidar.” (CD6)

O papel preventivo-educativo é reconhecido como importante na prevenção de doenças orais pelos participan-

tes desta pesquisa, mas com restrição das ações em saúde e da influência que um modelo assistencial possui na organização das mesmas. Conforme se lê abaixo, são evidenciadas dificuldades no acesso ao serviço, barreiras estruturais, culturais e do modelo de atenção, além de vínculo fragilizado.

“Se faz necessário porque o restante da equipe acessa o paciente mais facilmente. Aqui, [...], percebo eles mais fechados. Outra coisa é a integração da equipe, antes eu fazia visita domiciliar com

a enfermeira e o Agente Comunitário de Saúde, fazia puericultura. E quando eu ia na casa das pessoas eu via que o vínculo do paciente era bem mais forte com a gente. Do jeito que é agora, [...], fica parecendo que a pessoa só tem boca!” (CD2)

“Na verdade, o que eu acho é que a ESF deveria se basear na prevenção de todas as doenças, o que não tem sido a rotina do nosso trabalho hoje, hoje tem sido muito mais curativo do que preventivo, entende? Então não sei se a gente pode dizer que é ESF sabe? Eu não me sinto mais fazendo ESF não.” (E3)

A saúde bucal na ESF tem se tornado um desafio para a consolidação de uma prática que avance nos processos de saúde-doença-cuidado de forma integral, na perspectiva da promoção da saúde e atuação nos determinantes sociais da saúde, pouco evidenciada nesta pesquisa (item 3 na escala de Likert do Quadro 1).^{2,23} Santos e Assis (2006) argumentam que a prática de saúde bucal integral, tal como é a proposta da ESF, teria que ser composta de um conjunto de agenciadores de mudanças, em que o profissional atuaria de acordo com este conjunto e estaria sendo corresponsável pelas estratégias de cuidado propostas pela política de atenção básica.

Esses agenciadores seriam: tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que são atos de receber e ouvir a população, dando respostas adequadas a cada demanda (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, re-marcagem e alta); vínculo, ampliando os laços relacionais e potencializando o processo terapêutico; e práticas em saúde, valorizando aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica.⁵

Organização do Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família

O município de Fortaleza está em processo de reorganização da Atenção Básica, tendo por base o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o qual propõe o acompanhamento sistemático por estratificação de risco das condições crônicas e o acolhimento irrestrito das demandas agudas da população. Os processos de trabalho e fluxos assistenciais devem ser delineados, a partir da estratificação de risco individual, com a Atenção Básica como organizadora da rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado.²¹

Em Mendes (2012), referencial teórico para o modelo adotado, consta que a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situ-

ação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa.

Segundo Teixeira (2006), um modelo de atenção à saúde pode ser concebido segundo uma dimensão ‘macropolítica’ ou gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma dimensão intermediária ou ‘organizativa’, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, quais sejam os níveis de complexidade tecnológica; e, uma dimensão ‘micropolítica’ ou técnico assistencial, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho.

Sobre a mudança no modelo de atenção à saúde proposto com a ESF, Merhy e Franco (2003) suscitam como debate o fato de a ESF emparelhar diferentes profissionais numa mesma unidade de saúde, mas sem criar dispositivos, que permitam a mudança no agir das práticas cotidianas dos trabalhadores.

Tais mudanças seriam a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde sem a priorização do modelo biomédico, que permeia historicamente o trabalho em saúde, e sim com a valorização das singularidades na condução terapêutica dos indivíduos e populações. Outro quesito seriam as formas de ensinar e aprender sobre a saúde e sua complexidade de atuação em equipe multidisciplinar.²⁶

Nessa categoria, quando indagados sobre o acompanhamento das gestantes e crianças na primeira infância, pode-se identificar a organização do processo de trabalho das equipes em relação à assistência materno-infantil. Os achados foram agrupados nas subcategorias: pré-natal odontológico e fluxo assistencial de atenção à saúde bucal de crianças na primeira infância.

Pré-natal odontológico

Há um reconhecimento da maioria dos profissionais (60%) da importância do acompanhamento da gestante também pelo dentista. A maioria fez referência ao acompanhamento sistemático realizado pela equipe mínima completa, resultado considerado completamente satisfatório (escore 3 da escala Likert) (Quadro 2).

O encaminhamento da gestante para a consulta com o cirurgião-dentista já é insituído na rotina dos profissionais nas unidades pesquisadas, o profissional responsável pela primeira consulta faz o encaminhamento, sendo este geralmente o enfermeiro da equipe. A gestante é conduzida em primeiro contato pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da composição mínima da equipe

e de fundamental importância para manutenção da continuidade do cuidado da gestante.

Quadro 2 - Pré-natal odontológico.

Acompanhamento sistemático da gestante e categorias profissionais envolvidas		PARTICIPANTES			
Temas-Respostas		Dentista	Enfermeiro	Médico	Total (%)
1	Acompanhamento sistemático restrito a um profissional da equipe	1	1	X	13.33
2	Acompanhamento sistemático realizado por médico e enfermeiro	1	1	1	20.01
3	Acompanhamento sistemático realizado pela EqSF	4	4	2	66.66

Fonte: autoral.

A maioria dos dentistas (53%) relata já haver uma flexibilização da sua agenda de trabalho no atendimento a gestantes. Este é realizado sem a necessidade de a mesma precisar entrar em fluxos que demandam por vaga em espera. A seguir exemplos dos resultados encontrados:

“Existe o acompanhamento para as gestantes, com o ACS, a enfermeira, médico e a dentista da equipe. O atendimento odontológico das gestantes é feito busca ativa, daqui já encaminhamos pra dentista.” (M3)

“As gestantes, a gente faz o pré-natal junto com o médico, um mês a consulta é comigo e no outro a consulta é com ele. E a gente faz o encaminhamento pra dentista, o encaminhamento manual, logo na primeira consulta.” (E6)

No atendimento à população pelas EqSFs, deve ser enfatizada uma abordagem das vulnerabilidades, que garanta atenção imediata e permanente, sem perda de oportunidade de ações de saúde. Este processo de vigilância é compreendido como postura ativa que o serviço deve assumir em situações de maior risco, dirigida às pessoas com maior vulnerabilidade. A equipe de saúde deve estar atenta para avaliar quais são os hábitos familiares e estimular, desde o pré-natal, o envolvimento da mãe e dos familiares nos cuidados orais da criança.^{8,9}

Em estudo descritivo sobre a assistência ao pré-natal recebida pelas gestantes em Fortaleza-CE, realizado por Peixoto et al (2011), foi observado que entre as principais

lacunas, para garantir um acompanhamento de qualidade nas unidades de saúde está o encaminhamento ao dentista, o que está em desacordo com o encontrado nas unidades investigadas. No entanto, é necessário que se faça um estudo mais abrangente, que envolva uma parcela significativa das equipes de saúde do município, para se afirmar que houve mudança nas formas de acesso das gestantes ao dentista no contexto da ESF de Fortaleza.

A mudança supracitada pode ser em decorrência da diretriz municipal sobre a atenção à saúde bucal das gestantes, qual seja, atendimento odontológico de 100% das gestantes acompanhadas pela EqSF.²² Outro fator pode ser pela escolha das unidades de saúde e das equipes pesquisadas, já que uma das unidades funciona como laboratório experimental da área de abrangência da CORES IV e as equipes deveriam estar com sua composição mínima completa.

Viana et al. (2012) destacam que, embora as necessidades em saúde não sejam eliminadas apenas com o uso de serviços, é inegável que o acesso a serviços de qualidade pode amenizar condições desfavoráveis de saúde em populações.

Fluxo assistencial de atenção à saúde bucal de crianças na primeira infância

Em relação ao fluxo assistencial de atenção à saúde bucal às crianças na primeira infância (Quadro 3), pode-se inferir que é restrito a atividades preventivas-terapêuticas (86,67% somatório entre 1 e 2 na escala de Likert), sendo unânime entre os participantes o não acompanhamento

sistemático em nenhuma das duas unidades de saúde investigadas.

Quadro 3 - Assistência à saúde bucal a crianças na primeira infância.

Assistência à saúde a crianças na primeira infância		PARTICIPANTES			
Temas-Respostas		Dentista	Enfermeiro	Médico	Total (%)
1	Assistência à saúde a crianças na primeira infância	4	X	3	46.67
2	Consulta de Puericultura e/ou atividade coletiva	2	4	X	40.00
3	Acompanhamento sistemático/puericultura pela EqSF e ações de promoção da saúde	X	2	X	13.33

Fonte: autoral.

“As crianças é quando vem marcar aqui, no consultório. Já a puericultura não estou fazendo no momento. Por agora só tenho o horário do turno manhã/tarde, que é pra ir pra escola. Mas antes, quando não tinha esses horários eu fazia com a enfermeira da equipe, ia pela manhã.” (CD1)

“As crianças, nos primeiros meses após o parto, a mãe vem muito, porque elas têm muita dúvida, [...]. Depois, quando ela começa a pegar o jeito, aí corta muito o vínculo com a gente. É muito difícil fazer consulta de puericultura com criança de 2 anos, por exemplo, só quando ela tem alguma queixa, com sintoma de doença, não de rotina.” (M2)

“Antigamente quando o médico tinha agenda, ele também atendia puericultura, agora só eu faço, o que não dá muita conta porque eu só atendo doze crianças por mês, só tenho dois dias na agenda; e como mudou a questão do horário também, quase não tenho contato com a dentista da minha equipe.” (E3)

Nas unidades observadas, o dentista e o médico componentes da equipe não participam da puericultura. São citadas como dificuldades para o acompanhamento sistemático e multidisciplinar: tempo da agenda profissional reduzido ou extinto para a atividade, população territorial aumentada e/ou fora dos padrões estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica,¹ agendas e/ou turnos diferentes entre os profissionais da mesma EqSF.

Tais entraves podem também estar relacionados à dificuldade do trabalho em equipe. Verificou-se uma clínica individualizada, disciplinar e fragmentada, adotando-se como ferramenta de comunicação intraequipe os encaminhamentos por escrito. Evidenciando-se a predominância de um modelo biomédico hegemônico e estabelecimento de práticas que reafirmam tais ações.

A puericultura é direcionada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, que é de fundamental importância para a promoção da saúde e prevenção de agravos, identificando situações de risco, problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, buscando intervir precocemente nas intercorrências.⁸

A odontologia na ESF busca intervir o mais precocemente possível na prevenção de doenças orais (como a cárie e doenças gengivais), o que pode ser desenvolvido nas consultas de puericultura, as quais podem ser realizadas em atendimentos compartilhados com os demais profissionais da EqSF na perspectiva do trabalho multiprofissional.^{12, 27}

Nesse sentido, faz parte da construção de linhas de cuidado à saúde da criança na perspectiva da integralidade do cuidado, compreendendo o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência a agravos, para além da redução da mortalidade infantil, e que apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança. Resume-se no desafio de possibilitar à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial.²⁸

Sobre trabalho em equipe, Peduzzi (2001) em revisão sistemática, identifica a distinção entre duas noções que

recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

A noção de equipe multidisciplinar, aqui referenciada por Peduzzi (2001), identificada nas duas unidades de saúde em relação à assistência a crianças na primeira infância, é a equipe como agrupamento de agentes. Nessa tipologia, ocorre a justaposição de ações e estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos.

Este fato reveste-se de particular importância e gravi-

Cuidados em saúde bucal à criança na Estratégia Saúde da Família

A categoria de cuidados em saúde bucal surge, a partir de respostas relacionadas aos cuidados comuns em saúde bucal à criança na primeira infância na ESF. Nesta categoria são investigadas questões relativas a alterações orais, realização/orientação quanto ao exame da cavidade oral, avaliação da dieta e orientações acerca do flúor.

Sobre o exame da cavidade oral, faz-se referência à re-

alidação, uma vez que uma das diretrizes norteadoras da organização do processo de trabalho na ESF seria o enfrentamento conjunto de fatores de risco diversos e de diferentes complexidades. Nesse sentido, devem ser ressaltadas as iniciativas que busquem a sensibilização dos profissionais para o trabalho integrado e de forma multidisciplinar, como atividades de educação permanente, assim como uma reorganização dos processos de trabalho advindos da gestão, na busca da melhoria das condições de vida e saúde da população infantil assistida.³⁰

Sendo, assim, fazem-se necessários também outros estudos que avaliem o impacto do Modelo de Atenção às Condições Crônicas,²¹ adotado pelo município de Fortaleza, para reorganizar a atenção básica, particularmente, na saúde bucal da sua população, em específico no que tange à assistência a crianças na primeira infância.

alidação/indicação do exame da cavidade oral no primeiro ano de vida da criança e sobre a consulta odontológica para pacientes infantis em relação à prevenção de doenças orais.

Os participantes da pesquisa relataram que não realizam o exame no primeiro ano de vida da criança como rotina em suas consultas e/ou indicam a sua realização a partir desta idade (46,66%) (Quadro 4). Apesar de reconhecerem que tal prática é importante na prevenção de doenças orais.

Quadro 4 - Exame da cavidade oral no primeiro ano de vida da criança.

Realiza/indica o exame da cavidade oral no primeiro ano de vida da criança em sua rotina		PARTICIPANTES			
Temas-Respostas		Dentista	Enfermeiro	Médico	Total (%)
1	Não realiza o exame oral e/ou não indica realização a partir de 1 ano de idade da criança.	3	3	1	46.66
2	Não realiza, mas indica/orienta a partir do 6º mês de vida da criança.	2	1	X	20.01
3	Estabelece em sua rotina como um cuidado íntimo ao cuidado integral e/ou orienta ao cuidador responsável sua realização, a partir do 6º mês de vida da criança.	1	2	2	33.33

Fonte: autoral.

“[...] aqui eu não indico muito não, porque bebezinho mesmo eu não atendo, mas o ideal seria o primeiro exame a partir dos seis meses.” (CD3)

“[...] eu digo assim: se tiver alguma alteração, criança que ainda não tem dente, ir pra o dentista. [...] O que eu tenho que me policiar muito é na prevenção mesmo, porque a gente quer tratar só quando a gente vê né, o problema.” (M2)

Tais respostas sugerem um baixo empoderamento dos participantes da pesquisa a respeito da importância do exame da cavidade oral em crianças, no primeiro ano de vida e sua capacidade de detecção precoce de alterações orais, assim como o seu estabelecimento como uma prática assistencial mais integral na ESF. A citação a seguir exemplifica tais entraves:

“Antes, quando eu participava de grupo de gestantes, eu orientava o primeiro exame [...]. Com um ano fazer o exame dentário, mas o exame da cavidade oral bem antes, na puericultura, fazendo o teste da linguinha e das mucosas, fazendo as primeiras orientações. Mas agora, não dá pra mãe ficar vindo separado né? Agora a equipe se encontra menos, [...] isso quebrou bastante.” (CD6)

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do

bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente aos 6 meses) e os 12 meses de idade. Crianças que são levadas ao dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico curativo e de urgência. Após a primeira consulta, a equipe deve fazer uma programação de visitas periódicas para a criança, em função de seu perfil de risco às doenças/alterações orais.¹⁶

Lemos et al. (2014) consideram que mesmo com o recente declínio da doença cárie, esta na primeira infância, pode desenvolver características particulares com tamanha gravidade que podem interferir no crescimento e no desenvolvimento das mesmas. Logo, deve ser considerada como um problema de saúde infantil, com todas as implicações que isso representa, e não apenas exclusivamente dentário.

Os mesmos autores reforçam que é uma doença que pode ser prevenida e passível de controle e reversão, mas que é fundamental o trabalho conjunto com a equipe, especialmente os profissionais que lidam com aquelas no primeiro ano de vida.^{16, 31}

A avaliação da dieta (Quadro 5) pelos profissionais é direcionada à alimentação da criança somente e não da família. 66% (somatório dos escores 1 e 2 na escala de Likert) dos profissionais citam que fazem a avaliação do açúcar e/ou a dieta direcionada ao aleitamento materno do paciente infantil.

Quadro 5 - Avaliação da dieta.

Avaliação da dieta do paciente infantil		PARTICIPANTES			
		Dentista	Enfermeiro	Médico	Total (%)
Temas-Respostas					
1	Avaliação do uso do açúcar/dieta cariogênica pelo paciente infantil	5	X	X	33.33
2	Avaliação da dieta da criança relacionada ao aleitamento materno	1	2	2	33.33
3	Avaliação completa da dieta do paciente infantil e da família, correlacionando com o risco/vulnerabilidade individual e a importância do leite materno.	X	4	1	33.33

Fonte: *autoral*.

“Sempre pergunto na consulta como tá a alimentação, dependendo da idade, se tá só mamando; se já colocou outra coisa, porque é muito difícil a gente ver mãe segurando só com a amamentação até os 6 meses.” (M2)

“Na verdade, é mais em relação a alimentos cariogênicos, nem tanto nutricional, mas mais voltado ao perfil cariogênico e os hábitos de higiene oral relacionados, [...]” (CD5)

Respostas enquadradas como satisfatórias e completamente satisfatórias (Escores 2 e 3 da Escala Likert) só foram citadas pelos profissionais enfermeiros. Como exemplificado a seguir:

“Faço avaliação da nutrição [...], oriento quanto ao aleitamento materno e se não tiver como a criança ficar em aleitamento exclusivo até os 6 meses, oriento quanto à introdução de alimentação complementar de acordo com o que a mãe pode dar. Na verdade, o que a gente faz é uma ‘redução dos danos’, porque quando a mãe não consegue amamentar ela quer logo introduzir o mingau e aí a gente vai tentando outras formas. [...]. Mas é uma realidade bem difícil aqui.” (E3)

Camargo et al. (2012) colocam que hábitos de higiene, de alimentação e de utilização dos serviços de saúde tendem a ser uma característica familiar, e que como tal é importante considerar os hábitos do cuidador. As atitudes destes em relação à saúde bucal podem influenciar o de-

envolvimento de comportamentos positivos em crianças.

Informação para as mães e os cuidadores acerca da importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal e a importância do aleitamento materno no primeiro ano de vida tendem a resultar em um desenvolvimento saudável da criança.^{16,33}

Com relação às citações dos profissionais sobre avaliação da dieta, de acordo com o risco/vulnerabilidade individual e familiar, faz-se necessária uma melhor investigação desses achados não só em relação a este quesito, mas aos hábitos familiares de saúde bucal da população assistida. Principalmente em relação à abordagem familiar, com enfoque no cuidado assumido como postura ativa dos profissionais da ESF, já que trabalhar em saúde com a família como objeto de atenção é uma forma contrahegemônica do modelo de saúde biomédico, orientado para a doença, que fragmenta os indivíduos e separa-os de seu contexto e valores socioculturais.³⁴

Ainda, segundo Camargo et al. (2012), ao avaliarem preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em crianças de até 5 anos, consideram que características relacionadas com o cuidador e a família (comportamentos, crenças, estado de saúde etc.) são pouco estudados, assim como a prática clínica dos profissionais da ESF.

Em relação às orientações acerca do flúor (Quadro 6), 60% dos profissionais não fazem e/ou não investigam algum tipo de acesso ao flúor pela criança, seja de forma sistêmica (água fluoretada) ou tópica. As respostas de orientação e investigação sobre o uso de fluoreto foram citadas apenas pelos dentistas.

Quadro 6 - Uso de fluoreto.

Orientações acerca do uso de fluoreto pelo paciente infantil		PARTICIPANTES			
Temas-Respostas		Dentista	Enfermeiro	Médico	Total (%)
1	Não realiza orientações e/ou não investigação de acesso ao flúor.	X	6	3	60.00
2	Orienta/investiga acesso ao flúor, mas não relaciona com o risco individual à cárie.	2	X	X	13.33
3	Avalia/investiga e orienta o cuidador quanto ao uso do flúor, correlacionando com o risco individual à cárie pela criança.	4	X	X	26.67

Fonte: autoral.

“Eu investigo a água que a criança bebe, até por conta da verminose, mas em relação as outras coisas que envolve a boca eu tenho muita dúvida, aí fico com receio de dar uma orientação errada.” (E6)

Pode-se inferir pouca apropriação dos profissionais, incluindo os dentistas, a respeito do uso do flúor e das suas formas de acesso.

“Na escolinha [...] tem atividade coletiva de escovação e aplicação tópica de flúor. O flúor eu só uso a partir dos 6 anos [...], os menores de 6 eu só faço escovação supervisionada.” (CD3)

Nesse sentido, os meios coletivos (fluoretação da água de abastecimento público) são extremamente importantes, pois buscam minimizar diferenças de acesso a outros meios de uso de fluoreto. Além disso, a utilização de dentifício fluoretado deve ser recomendada para todos os indivíduos, de todas as idades, desde que investigados o risco individual à cárie e o acesso ao uso de fluoreto.³⁵

Em estudo com 32 médicos Residentes em Saúde da Família e Comunidade do município de Fortaleza-CE, Oliveira et al. (2010b) observam que boa parte dos médicos entrevistados incorporou em suas práticas, orientações e cuidados concernentes à saúde bucal das crianças e realizaram o trabalho integrado com a equipe de saúde bucal.

No entanto, a amostra contemplou profissionais participantes de um programa que tem como filosofia de trabalho a promoção da saúde e o trabalho de forma multidisciplinar, evidenciando-se, também, que ainda há desconhecimento do profissional médico sobre alguns aspectos importantes relacionados com a promoção da saúde bucal na primeira infância,⁴ o que está de acordo com este estudo, estendendo-se não só para o profissional médico, mas para toda a EqSF.

Além de encaminhar a criança para a consulta odontológica, toda a equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre a saúde bucal da criança.¹⁶ Mattos et al. (2014) afirmam que o trabalho em equipe com integração e inter-relação entre os profissionais de uma unidade de saúde ainda é um entrave para práticas inovadoras em saúde na ESF.

A odontologia executada atualmente apresenta características divergentes em relação à assistência em saúde: uma odontologia tecnicamente desenvolvida, com equipamentos e procedimentos mais aprimorados; e uma outra com uma prática de alcance social mínimo.²³ Neste estudo, não só os cirurgiões-dentistas apresentam essa

fragilidade na prática assistencial, mas principalmente estes, como também a maioria dos outros profissionais que compõe as equipes.

Nesse sentido, para que avanços reais na atenção à saúde possam ser constatados, todos os recursos humanos envolvidos necessitam serem sujeitos de um processo de qualificação profissional, que os capacite a participar dos processos decisórios, desenvolver e planejar ações contextualizadas com a realidade socio-epidemiológica do território, que atuam e constituem equipes multiprofissionais do tipo integradoras.^{23, 29}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da percepção dos profissionais da ESF em relação ao cuidado integral em saúde bucal da criança na primeira infância permitiu identificar o perfil profissional estabelecido, as formas de organização dos serviços de saúde e as práticas de saúde bucal à referida faixa etária nas unidades de saúde investigadas.

As categorias de estudo evidenciaram que há uma percepção dos profissionais em relação à saúde bucal na ESF e sua importância durante o acompanhamento sistemático da gestante. Entretanto, observa-se, ainda, uma organização do processo de trabalho das EqSF descentralizada e não com enfoque no risco individual do usuário e/ou do seu território de abrangência, com os cuidados em saúde bucal de crianças na ESF ainda restritos ao serviço odontológico, assim como o não acompanhamento sistemático das mesmas pela EqSF, evidenciando-se um modelo hegemônico biomédico baseado no curativismo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
2. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos de 2001 e 2009. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012 abr./jun.; 25(2):151-160.
3. Oliveira LSG, Nascimento DDG, Marcolino FF. Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares. *O Mundo da Saúde*. 2010a; 34(1):65-72.
4. Oliveira IMB, Almeida MEL, Menezes LMB, Teixeira AKM. Saúde bucal na primeira infância: conhecimentos e práticas de médicos residentes em saúde da família. SA-

- NARE. 2010b jul./dez.; 9(2):73-80.
5. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):53-61.
 6. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Roseni Pinheiro; 2009. 282p.
 7. Barros RP, Biron L, Carvalho M, Fandinho M, Franco S, Mendonça R, et al. IPEA: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República [Internet]. Determinantes do desenvolvimento na primeira infância do Brasil. Texto para discussão nº 1478. 2010 – [Citado 2015 jul.22]. Disponível em: <ipea.gov.br/td_1478.pdf>.
 8. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo linhas de cuidado na atenção à saúde da criança*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
 11. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. *Primeiro Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal de Fortaleza*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
 12. Ferreira EB, Abreu TQ, Oliveira AEF. Modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Revista Pesquisa em Saúde*. 2011 set./dez.; 12(3): 37-42.
 13. Departamento da Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, 2016 – [Citado 2015 nov. 15]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.
 14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. 269p.
 15. Giuseppe GD, Nobile CGA, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health*. 2006 jul.; 6(176):01-08.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.
 17. Alves ZMMB, Silva VA, Maria HGFD. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paideia, FFCLRP-USP*. 1992 fev./jul.; 2:61-69.
 18. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932; 22(140):44-53.
 19. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemmas of the type Likert scales construction: does the number of items and the disposition influence results? *RGO Revista Gestão Organizacional*. 2013; 6 - edição especial.
 20. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011 abr./jun.; 19(2):286-91.
 21. Mendes EV. O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012; 512p.
 22. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. *Organização dos macroprocessos básicos da Atenção Primária à Saúde*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
 23. Mattos GCM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):373-382.
 24. Teixeira CF. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p.19-58.
 25. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves [Internet]. 2003 [Citado 2016 fev. 20]; Disponível em: <http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>.
 26. Romagna LT. *A educação permanente na saúde como instrumento para a melhoria da qualidade assistencial – perspectivas/expectativas dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e da Gestão de saúde do município de Nova Veneza – SC [dissertação]*. Criciúma: Universidade

do Extremo Sul Catarinense; 2008. 75fl.

27. Cardoso DS, Araújo BR. Ações de odontologia nas consultas de puericultura da estratégia de saúde da família. In: Manual de Promoção de Saúde Bucal do Município de Fortaleza. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2015. 144 p.

28. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*. 2009; 33(2):150-160.

29. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-9.

30. Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva a partir da Equipe de Saúde Bucal. *Revista APS*. 2009 abr./jun.; 12(2):168-175.

31. Lemos LVFM, Myaki SI, Walter LRF, Zuanon ACC. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. *Einstein*. 2014; 12(1):6-10.

32. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Revista Saúde Pública*. 2012; 46(1):87-97.

33. Rocha AML, Nascimento RM, Pereira VAS. Saúde oral em bebês entre 0 e 6 meses de idade. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2004; 7(36):204-10.

34. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. Approaching the family in the Family Health Strategy: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1245-50.

35. Cury JA, Tenuta LMA. Evidências para o uso de fluoretos em odontologia. *Odontologia baseada em evidências*. 2010; 4(2).

Submissão: novembro de 2016

Aprovação: abril de 2017
