

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARIA ANGÉLICA MAGALHÃES RODRIGUES**

**PERCEPÇÕES E CONDUTAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA  
SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA**

**GOIÂNIA**

**2018**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:     Dissertação     Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

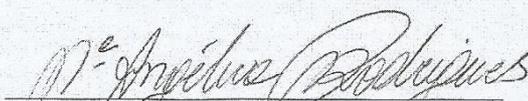
Nome completo do autor: Maria Angélica Magalhães Rodrigues

Título do trabalho: Percepções e Condutas dos Cirurgiões-Dentistas da Saúde da Família Acerca da Cárie Precoce na Infância

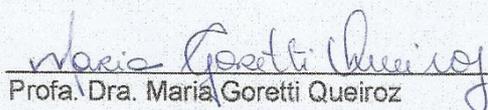
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
\_\_\_\_\_  
Maria Angélica Magalhães Rodrigues

Ciente e de acordo:

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dra. Maria Goretti Queiroz

orientadora

Data: 19 / 01 / 2019

**MARIA ANGÉLICA MAGALHÃES RODRIGUES**

**PERCEPÇÕES E CONDUTAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA  
SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Promoção e Educação em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Goretti Queiroz

Goiânia  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Rodrigues, Maria Angélica Magalhães

Percepções e condutas dos cirurgiões-dentistas da Saúde da Família acerca da Cárie Precoce na Infância [manuscrito] / Maria Angélica Magalhães Rodrigues. - 2018.

136 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Maria Goretti Queiróz.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Assistência odontológica para crianças. 2. saúde bucal. 3. saúde coletiva. 4. atenção primária à saúde. 5. pesquisa qualitativa. I. Queiróz, Maria Goretti, orient. II. Título.



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
COLETIVA**

Aos 19 dias do mês de dezembro de 2018, as 09h00, na sala 403 do IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Maria Goretti Queiroz (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Vânia Cristina Marcelo (Membro Externo), Dr. Leandro Brambilla Martorell (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “**Percepções e Condutas dos Cirurgiões – Dentistas da Saúde da Família Acerca da Cárie Precoce na Infância**”, no nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Maria Angélica Magalhães Rodrigues**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Maria Goretti Queiroz, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata aprovada (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:00 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Maria Goretti Queiroz**  
**Presidente e Orientadora / UFG**

\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo**  
**Membro Externo**

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Leandro Brambilla Martorell**  
**Membro Interno**

*Mestrado Profissional em Saúde Coletiva*

*Dedico este trabalho...*

*Aos meus pais Boaventura e Elza, base de amor e compromisso,  
Aos meus irmãos José Boaventura e Adriano, permanentes referências em minha  
autoconstrução,*

*Ao Dirceu, meu admirável companheiro que tanto me inspira,*

*E ao Francisco, razão maior da minha existência.*

*A vocês todo o meu amor e gratidão!*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço aos colegas cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa, pela gentileza e disponibilidade com que me receberam, sobretudo com a qualidade do material que me forneceram tornando esse trabalho possível. Espero ter conseguido fazer jus à generosidade com que contribuíram com essa pesquisa.

Aos Secretários de Saúde e à Direção da Atenção Básica do município de Anápolis-GO que me concederam a liberação para o mestrado e para a realização desta pesquisa.

Às Dra. Núbia e Rosana pelo importante apoio, e principalmente à Lara e a Neide pelo indispensável apoio e atenção. Em especial agradeço à Juliana Alamar e sua presença sempre discreta e indispensável.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Goretti sempre atenciosa e gentil, para mim um exemplo de dedicação e superação.

À Professora Dra. Vânia Marcelo e ao Professor Dr. Leandro Martorell pelas preciosas contribuições para a organização do trabalho.

Aos professores do programa do Mestrado em Saúde Coletiva da UFG pela oportunidade de convivência e aprendizado, e à Neuracy por todo suporte gentilmente oferecido. Também aos colegas da Turma VI pelo compartilhamento de momentos ricos e especiais.

Aos meus pais pelo incentivo e compreensão nos tantos momentos que estive ausente e aos queridos José Boaventura, Adriano, Lílian, Vitória, Matheus, Marcus, Carmen, Cláudia, André, Angel Júnior e Gabriel, pela atenção, interesse e apoio durante todo esse tempo. Em especial agradeço à Lila, minha irmã de coração, sempre presente em tantos momentos alegres e difíceis, e que foi um apoio muito importante ao longo de todo esse processo, inclusive com a coragem de ajudar nas transcrições. A você minha eterna gratidão por tudo.

Ao Dirceu, tenho tudo a agradecer! Pela inspiração, incentivo, compreensão, apoio, leituras, correções... e principalmente pelo olhar. Você tem todo meu amor e respeito.

E ao Francisco, pela compreensão e por ser sempre um grande incentivador. Agradeço pelas conversas, pela música, por ser também uma referência para mim e pela alegria que tenho em ser sua mãe.

RODRIGUES, MAM. **Percepções e Condutas dos Cirurgiões-Dentistas da Saúde da Família acerca da Cárie Precoce na Infância.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

## RESUMO

A Cárie Precoce na Infância (CPI) pode afetar a qualidade de vida e o desenvolvimento bio-psico-social das crianças. É bastante prevalente no Brasil e as ações propostas pela Política de Saúde Bucal têm contribuído pouco com a sua redução. Assim, dar voz aos profissionais envolvidos no enfrentamento do problema é importante para se pensar estratégias de ação. Este trabalho teve como objetivo conhecer as percepções e as condutas de cirurgiões-dentistas que atuam na Saúde da Família sobre a CPI. Consistiu em uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 29 cirurgiões-dentistas que atuam na Saúde da Família. Os dados foram avaliados por análise de conteúdo temático-categorial com formulação de categorias emergentes. Com base nessas ficou evidenciado que a maior parte dos profissionais percebeu a CPI como um problema na área pelo acometimento precoce, alta prevalência e grande destruição causada à dentição decídua. A CPI foi percebida como problema nas áreas mais periféricas da cidade e sobre forte influência dos Determinantes Sociais da Saúde. Embora tenham explorado os aspectos macroeconômicos e relacionados à condição de vida, foram enfatizados os mais proximais, ligados ao cuidado familiar. Constatou-se que o acesso destas crianças à saúde e aos serviços de saúde bucal se encontra limitado e tardio, comparando ao atendimento com dor e grande comprometimento. A percepção dos determinantes sociais não se mostrou suficiente para promover novas práticas, as quais se apresentaram centradas nos modelos privatistas. Embora estivessem realizando ações de educação em saúde e prevenção com foco na primeira infância, demonstraram dificuldades em atuar na atenção primária dentro dos princípios da clínica ampliada e da promoção da saúde. As maiores dificuldades relatadas foram a falta de adesão das famílias tanto nas ações preventivas e quanto nas de controle, comprometendo a longitudinalidade da atenção. Apresentaram como potencialidades a prioridade, e o comprometimento quanto ao atendimento das crianças. A reflexão sobre as condutas, as dificuldades e as potencialidades são importantes para o planejamento de ações com o objetivo de vencer os desafios apresentados quanto à implantação de políticas de saúde em nível local. A superação da fragmentação dos trabalhos, bem como do isolamento das Equipes de Saúde Bucal, se mostraram como de urgente enfrentamento. Apresentou-se a necessidade de educação permanente que proporcione capacitação para atendimento em odontopediatria, desenvolvam empatia e compreensão das escolhas e hábitos apresentados pelas famílias, e metodologia de educação em saúde.

**Palavras-chave:** Assistência odontológica para crianças; saúde bucal; saúde coletiva; atenção primária à saúde; pesquisa qualitativa.

RODRIGUES, MAM.. **Perceptions and Conduct of Family Health Dental Surgeons on Early Childhood Caries** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2018.

## ABSTRACT

Early Childhood Caries (ECC) may affect the quality of life and bio-psycho-social development of children. It is quite prevalent in Brazil and the measures proposed by the National Oral Health Policy have contributed little to its reduction. Thus, it is important that professionals involved are voiced and heard whilst elaborating action strategies. This work aims to acknowledge the perceptions and conducts, carried by dentists working on Family Health, around ECC. Being an exploratory descriptive research that follows a qualitative approach, the data collection was accomplished through semi structured interviews with 29 dentists acting on Family Health. Data was taken through the analysis of thematic-categorical content with the formulation of emergent categories. It was evidenced that most of the professionals perceived ECC as a problem in the area, because of the early acometiment, high prevalence and great destruction caused to deciduous dentition. ECC was perceived as a problem in the more peripheral city zones, under heavy influence of the Social Determinants of Health. Even though the macroeconomic and life condition aspects were studied, emphasis was given to the more proximal aspects, attached to family care. These children's access to health and oral health is limited and late, attending with pain and great damage. Noticing the social determinants did not prove itself enough to promote new practices, which were centered on the privatist model. Dentists have shown difficulty in acting with primary attention according to the health promotion and amplified clinic principles, regardless of the health and prevention educative actions aimed towards early childhood. The largest noted obstacles were the lack of adhesion by families, both in prevention and control actions, compromising the continuity of attention. They presented as potentials, the priority and commitment as to child care. Reflection over conducts, difficulties and potentials is important when planning actions to overcome challenges faced while implementing local level health policies. Overcoming the fragmentation of tasks, as well as the isolation of health care teams are urgent priorities. The need for permanent education which allows the capacitation for pediatric dentistry attendance, empathy development and the comprehension of choices and habits presented by families, and health education methodology were hereby presented.

**Keywords:** Dental care for children; oral health; collective health; primary health care; qualitative research.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Distribuição das respostas no mapa do município.....	58
<b>QUADRO 1</b> – PLANILHAS DE SISTEMATIZAÇÃO DOS CÓDIGOS.....	50
<b>Quadro 2</b> – Ideias centrais abordadas nas categorias temáticas.....	51
<b>Quadro 3</b> – Apresentação das categorias e respectivos núcleos de sentido.....	54

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição das ESB no município sede deste estudo.....	46
<b>Tabela 2</b> - Perfil profissiográfico dos participantes da pesquisa.....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ATF	Aplicação Tópica de Flúor
CD	Programa de acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CNDSS	Conselho Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPI	Cárie Precoce na Infância
CSI	Cárie Severa na Infância
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECC	<i>Early Childhood Caries</i>
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDI	Federação Dentária Internacional
IADR	<i>International Association for Dental Research</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde

PIB	Produto Interno Bruto
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PBF	Programa Bolsa Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
SBBrazil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UR	Unidades de Registro
USF	Unidade Saúde da Família

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>22</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Determinantes Sociais da Saúde e a Cárie Precoce na Infância.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Características da CPI e Condutas para sua Prevenção e Controle.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 A Odontologia para Bebês e para Crianças em Idade Pré-escolar.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4 Promoção em Saúde e Promoção em Saúde Bucal.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5 Programas que Incluem a Promoção da Saúde Bucal na Primeira Infância.....</b>	<b>40</b>
3.5.1 Rede Cegonha.....	40
3.5.2 Brasil Carinhoso.....	41
3.5.3 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) na ESF....	42
3.5.4 Programa Saúde na Escola (PSE).....	42
3.5.5 Programa Gestante Feliz, Bebê Sorridente.....	43
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>45</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>45</b>
<b>4.2 Participantes do Estudo.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Procedimentos de Coleta dos Dados.....</b>	<b>48</b>
<b>4.4 Análise dos Dados.....</b>	<b>49</b>
<b>4.5 Aspectos Éticos e Legais.....</b>	<b>51</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
<b>5.1 Percepções sobre a CPI.....</b>	<b>55</b>
5.1.1 Percepção da CPI como um Problema.....	56

5.1.2	Determinantes Sociais da Saúde.....	63
<b>5.2</b>	<b>Condutas voltadas à Prevenção e ao Controle da CPI.....</b>	<b>80</b>
5.2.1	Organização da Equipe para Promover o Acesso Precoce em Saúde Bucal .....	81
5.2.2	Condutas voltadas à Prevenção da CPI.....	86
<b>5.2.2.1</b>	<b>Ações direcionadas às gestantes.....</b>	<b>86</b>
<b>5.2.2.2</b>	<b>Programas e ações educativas.....</b>	<b>89</b>
<b>5.2.2.3</b>	<b>Acompanhamento clínico das crianças.....</b>	<b>91</b>
<b>5.2.2.4</b>	<b>Aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada.....</b>	<b>93</b>
<b>5.2.2.5</b>	<b>Dificuldades relatadas acerca da prevenção da CPI.....</b>	<b>96</b>
<b>5.2.2.6</b>	<b>Potencialidades das Ações de Prevenção.....</b>	<b>101</b>
5.2.3	Ações Voltadas ao Controle da CPI.....	103
<b>5.2.3.1</b>	<b>Acesso ao tratamento clínico.....</b>	<b>103</b>
<b>5.2.3.2</b>	<b>Dificuldades para realização das ações de controle.....</b>	<b>107</b>
<b>5.2.3.3</b>	<b>Potencialidades das ações de controle.....</b>	<b>110</b>
<b>5.3</b>	<b>Sugestões para a Redução da Prevalência da CPI.....</b>	<b>111</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>116</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>120</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>127</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>133</b>

# ***Introdução***

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças que afetam as condições de saúde bucal apresentam fatores de risco e determinantes sociais comuns às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais ocorrentes como: câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, estando diretamente relacionadas à saúde geral e ao bem estar do indivíduo. Integrar as estratégias de saúde bucal com aquelas dirigidas as principais DCNT se torna necessário para a redução das inaceitáveis iniquidades em saúde bucal existentes, conforme recomendado pela Federação Dentária Internacional (FDI) (FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL, 2012).

Com o objetivo de facilitar a inclusão da saúde bucal em todas as políticas de saúde, e diante da necessidade de uma aceitação universal de que a saúde bucal é um fator fundamental de direito humano, a FDI definiu que a saúde bucal

é multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma série de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial. É influenciada por valores e atitudes dos indivíduos e das comunidades, reflete atributos fisiológicos, sociais e psicológicos essenciais à qualidade de vida, e é influenciada pelas experiências, percepções e capacidade de adaptação dos indivíduos (GLICK et al., 2016, p.916).

Assim, pretende-se posicionar a saúde bucal mais claramente dentro da noção de saúde geral, indo além da visão biomédica, e na busca de capacitar as pessoas a reconhecerem como os valores, as percepções e as expectativas dos indivíduos afetam a saúde bucal (GLICK et al., 2016).

Esta definição corrobora com o conceito ampliado de saúde, incorporado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem a saúde como “resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença centrada em aspectos biológicos” (BRASIL, 2014, p. 7).

Dentro desta visão, a saúde bucal coletiva, no Brasil, tem ampliado suas bases técnicas e científicas para o planejamento e gestão de serviços odontológicos, buscando romper com a prática de mercado hegemônica. Isto requer que o trabalho odontológico se desenvolva a partir das necessidades das pessoas, assegurando que o acesso aos cuidados odontológicos seja um direito humano. Acesso este que

deve atender ao princípio da integralidade, tanto aos recursos odontológicos como aos de saúde geral, e da equidade, oferecendo mais aos que mais necessitam (NARVAI, 2006).

Pensando a saúde bucal na infância, Losso et al (2009) evidenciaram a cárie dentária como a doença crônica mais prevalente nesta fase do desenvolvimento, representando um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Entretanto, é passível de ser prevenida e controlada, quando diagnosticada em seus estágios iniciais (LOSSO et al., 2009).

A existência de métodos eficazes de prevenção e controle de um determinado problema de saúde e o fato desses não serem utilizados adequadamente foi apontada por Narvai e Frazão (2008) como os fatores que levam ao agravamento do problema de saúde pública. Pode-se dizer que a alta prevalência da cárie na infância deve ser vista como um problema que demanda atenção especial e ações de enfrentamento efetivas.

A experiência de cárie na dentição decídua é considerada o maior preditor de cárie na dentição permanente, portanto, estudar os fatores de risco, levando em consideração as variáveis sociais, demográficas e comportamentais, como etnia, renda familiar, grau de escolaridade, conhecimento e crenças dos pais, e hábitos de higiene, são fundamentais para o planejamento de ações educativas e preventivas voltadas para as crianças em idade pré-escolar (BORGES et al., 2012).

A cárie que acomete as crianças nos primeiros anos de vida tem características específicas e é denominada Cárie Precoce na Infância (CPI). É definida pela *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) como a presença de uma ou mais superfícies cariadas (cavidades ou não), perdidas (por cárie) ou obturadas em dentes decíduos, em crianças de até seis anos de idade. A AAPD especifica e define também como Cárie Severa na Infância (CSI), algum sinal de cárie em superfície lisa em crianças até três anos de idade, mais de quatro superfícies cariadas até os quatro anos, cinco superfícies cariadas até os cinco anos, e seis superfícies cariadas até os seis anos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2010).

Quando não se estabelece estilo de vida saudável, com bons hábitos alimentares e de higiene bucal, acesso ao flúor, principalmente na água de abastecimento, as lesões de cárie podem afetar a dentição primária assim que os dentes entram em erupção na cavidade bucal. Os dentes mais atingidos nos primeiros anos de vida

são os incisivos superiores, e a destruição desses elementos pode ter como consequência prejuízos à mastigação, perda de dimensão vertical, instalação de hábitos parafuncionais, como a interposição lingual, e comprometimento da estética com repercussões psicológicas. Quanto maior o número de dentes afetados, maior o impacto na qualidade de vida da criança (BÖNECKER et al., 2012).

A infância é reconhecida como um período rico e fundamental na formação do indivíduo. Crianças na fase pré-escolar iniciam os processos de socialização, de contato com a linguagem e o desenvolvimento de outros processos cognitivos como o pensar, recordar, formar conceitos e resolver problemas. Lesões cáries que comprometem a estética, a fonação, causam infecções e dor, e comprometem a mastigação e a deglutição, podem levar a redução do peso corporal e interferir na autoestima, no desenvolvimento social e na aprendizagem. Sempre que as lesões de cárie afetam a saúde da criança, o cirurgião-dentista deve fazer uso dos recursos disponíveis para reabilitar o indivíduo, recuperando sua qualidade de vida e sua autoestima (BÖNECKER et al., 2012; PINEDA; OSORIO; FRANZIN, 2014).

A atenção e discussões voltadas para o controle da CPI tem se intensificado em todo o mundo. Hobdell et al (2003), representantes da OMS, da FDI e da IADR, apresentaram um documento onde constam propostas de metas globais em saúde bucal para o ano de 2020. Este documento apresenta uma lista com problemas de saúde bucais prioritários considerados no planejamento de ações de políticas públicas visando a sua redução em comunidades e populações, de acordo com o seu contexto epidemiológico, político, socioeconômico e cultural.

Tal documento tem estimulado a conscientização quanto à importância da saúde bucal e garantido recursos, seja entre nações ou governos locais. Entre as metas apresentadas estão: a redução do número de episódios de dor oral ou craniofacial, da quantidade de falta nas escolas motivadas por esse tipo de dor, e aumentar a porcentagem de crianças livres de cárie aos seis anos de idade (HOBDELL et al., 2003).

A atenção em saúde bucal na primeira infância está incluída na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) “Brasil Sorridente”, a qual foi implantada em 2004, que se baseou na linha de cuidado da saúde da criança, sobretudo ao grupo de zero a cinco anos. Este documento orientou organizar o ingresso dessas crianças no máximo a partir dos seis meses, desenvolver atividades em grupos de pais,

identificar e encaminhar crianças de alto risco para atendimento, sendo altamente recomendáveis que as ações de saúde bucal fossem incorporadas aos programas integrais de saúde da criança e trabalhadas em equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

A política destacou também a importância da qualificação e ampliação da atenção básica, tendo em seus pressupostos a incorporação da Saúde da Família como estratégia na reorganização desta atenção e a busca da integralidade da assistência, ao assegurar atendimento nos níveis secundários e terciários (BRASIL, 2004).

Estas Diretrizes são o resultado de um processo de discussão em encontros de odontologia e saúde coletiva, em consonância com as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que em seu relatório evidenciou: “as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social”. E requer enfrentamento com ações preventivas, curativas e de reabilitação integradas, universalização do acesso e envolvimento das três esferas de governo (BRASIL, 2005, p.2).

A construção de políticas públicas nacionais geralmente utilizam parâmetros gerais de análise de dados quantitativos e abrangentes a partir de levantamentos epidemiológicos. Por exemplo, a comparação dos dados produzidos pelas Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal (SB Brasil) de 2003 e 2010 apontou uma redução de 17% na prevalência da CPI. Apesar de pouco expressivo, esse valor mostrou uma tendência de redução de CPI, provavelmente pela política de saúde bucal implementada nos seis anos que antecederam a coleta de dados, embora o tratamento tenha sido realizado em apenas 20% dos casos (HOBDELL et al. 2003).

O SB Brasil 2010 teve como objetivo proporcionar informações ao SUS, a fim de subsidiar o planejamento de programas de prevenção e tratamento nos níveis federal, estadual e municipal. Os resultados publicados para a população de cinco anos apontaram que 46,6% das crianças brasileiras nesta idade estiveram livres de cárie na dentição decídua ( $ceo=0$ ). Pela qual, destacaram-se as diversidades regionais, onde a região Centro-Oeste apresentou 38,8% de crianças livres de cárie, com percentual mais elevado na capital (52%) do que no interior (33,4%) (BRASIL, 2012c). A grande diferença regional encontrada pode ser explicada pela forte associação entre a experiência da cárie e fatores socioeconômicos como: etnia,

nível de escolaridade dos pais, acesso à água tratada e fluoretada, aos serviços de saúde, e as condições de saúde geral (LOSSO et al., 2009; BORGES et al., 2012).

O município de Anápolis-GO integrou o Plano Amostral do SB Brasil 2010, tendo os resultados parciais do seu levantamento divulgados em relatório do Ministério da Saúde (MS). Os dados apontaram que 41,4% das crianças estavam livres de cárie aos cinco anos de idade no município, sendo de 2,5 a média do índice ceo-d<sup>1</sup> para a idade (BRASIL, 2012d). Assim, o município apresentou um percentual menor de crianças livres de cárie do que o encontrado no país e na capital Goiânia.

Contudo, esses dados estiveram muito aquém das metas propostas pela OMS em 1993, que previam 90% das crianças livres de cárie aos cinco anos de idade no ano 2010 (NARVAI, 2002)<sup>2</sup>. Os resultados do SB Brasil 2010 apontaram que o acesso infantil à prevenção e ao tratamento da cárie ainda carece de atenção, considerando-se que quase 80% das lesões não tenham sido tratadas nesse município e no país (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012d).

A formulação de políticas voltadas para a proteção à saúde bucal na primeira infância foi contemplada, desde a implantação do Brasil Sorridente, porém a aplicação e o sucesso dessas políticas dependem ainda do envolvimento e preparo dos atores envolvidos, desde os vários níveis da gestão até a formação acadêmica e educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica como a Saúde da Família a fim de que a saúde bucal apresente índices melhorados.

Com isso, a realização desse trabalho foi justificada na dificuldade de discussão e troca de vivências entre os profissionais de saúde que atuam na saúde bucal infantil e na facilidade de coleta de dados, cujos resultados puderam criar a oportunidade de compreender e discutir questões inquietantes sobre o tema, vivenciadas e percebidas como de urgente enfrentamento, tanto em nível local como nacional.

É importante o desenvolvimento de estratégias e a compreensão das percepções e condutas dos profissionais envolvidos no atendimento da criança em idade pré-escolar uma vez que, não raramente, esse necessita de habilidade específica e ambiente de trabalho especial.

---

<sup>1</sup> Índice odontológico que contabiliza o número de dentes decíduos com cárie (c), extraídos (e) e obturados (o).

<sup>2</sup> A divulgação de metas globais foi criticada com o argumento de não haver um planejamento também global no setor, e não foram oficializadas pela OMS, mesmo assim, serviram de referência para vários especialistas e foram interpretadas como referência geral para estabelecer objetivos loco-regional-nacional (NARVAI, 2002).

A percepção é uma forma de comunicação que as pessoas estabelecem com objetos e pessoas, desta forma, o mundo percebido é intercorporal:

é qualitativo, significativo, estruturado e estamos nele como sujeitos ativos, isto é, damos às coisas percebidas novos sentidos e novos valores, pois as coisas fazem parte de nossas vidas e interagimos com o mundo (CHAUI, 2000, p.154).

A interação entre o ser humano e o ambiente está diretamente relacionada a essa percepção cujo estudo é fundamental para compreender a inter-relação entre a pessoa e o ambiente, suas expectativas e condutas. Portanto, as seguintes perguntas nortearam este estudo: Como os cirurgiões-dentistas têm percebido a CPI? Quais as limitações e as potencialidades relatadas por eles quanto à prevenção e o controle da CPI? Como têm trabalhado junto à equipe a fim de criar acesso a este grupo de usuários, e realizar as ações de prevenção e controle?

# ***Objetivos***

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer as percepções e as condutas de cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família, sobre a Cárie Precoce na Infância.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar como a CPI é percebida pelo cirurgião-dentista, na área de abrangência da ESF em que atua;
- Identificar ações preventivas e de controle da CPI realizadas, potencialidades e limitações percebidas pelos cirurgiões-dentistas relativas a essas ações;
- Conhecer como o cirurgião-dentista percebe sua interação com outros profissionais de saúde da equipe da SF no que se refere a criar acesso e realizar atividades preventivas e de controle da CPI, e;
- Identificar as sugestões dos cirurgiões dentistas da SF para aumentar a prevalência de crianças livres de cárie aos cinco anos de idade.



# *Referencial teórico*

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL**

As percepções e condutas dos cirurgiões-dentistas são influenciadas pela história de vida e formação profissional de cada um desses atores. Conhecer bases teóricas e discussões relacionadas à problemática da cárie dentária na primeira infância ajuda na reflexão e compreensão mais ampla do tema.

A presente revisão de literatura visou apresentar informações sobre a CPI abrangendo aspectos relacionados ao seu desenvolvimento, com ênfase nos aspectos sociais e condutas preconizadas para a prevenção e o controle da doença. Apresenta ainda as características do atendimento odontológico ao bebê e ao pré-escolar bem como programas de promoção da saúde direcionados a esse público.

Os hábitos alimentares inadequados, principalmente com a alta frequência do consumo de açúcar, durante os primeiros anos de vida são os maiores responsáveis pelo surgimento de lesões de cárie. Crianças que apresentam cárie precocemente na dentição decídua tem maior probabilidade de desenvolver lesões também na dentição permanente, daí a importância de adoção de hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal precoce (GUIMARÃES et al., 2004). Além das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), os hábitos e o estilo de vida assim como os demais Determinantes Sociais da Saúde (DSS) possuem grande influência na ocorrência de CPI.

### **3.1 Determinantes Sociais da Saúde e a Cárie Precoce na Infância**

Os conceitos de Determinantes Sociais da Saúde variam quanto ao seu detalhamento, mas de forma geral expressam a associação das condições de vida e trabalho de indivíduos ou grupos quanto à saúde. Buss e Pellegrini Filho (2007) traçaram um breve relato histórico da influência dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) sobre as práticas em saúde desde meados do século XIX, quando a teoria miasmática respondia às mudanças sociais advindas do rápido processo de urbanização e industrialização do período. Com os estudos e descobertas da microbiologia, já no final do século XIX e início do século XX, há uma ênfase nos

aspectos biológicos das doenças com embate e alternância de predomínio entre essas duas correntes de pensamento e interesses, uma com enfoque médico-biológico, centrada nas práticas individuais, e outra sócio-político-ambiental.

Em 2008, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) apresentou uma análise da situação de saúde no país no relatório de causas sociais das iniquidades no Brasil. Esse relatório se baseou em dados e informações sobre as relações entre os DSS e a situação de saúde de diversos grupos populacionais, cuja análise abrangeu informações relativas às seguintes macrodeterminantes: a evolução demográfica, social e econômica do país; a estratificação socioeconômica e a saúde com destaque para as desigualdades segundo a estratificação socioeconômica; as condições de vida, ambiente e trabalho, enfatizando entre outros aspectos o saneamento, alimentação, habitação, acesso à informação e aos serviços de saúde; redes sociais, comunitárias e saúde; o comportamento, estilo de vida e saúde evidenciando entre outros, a dieta inadequada segundo os estratos socioeconômicos da população; a saúde materno-infantil e saúde indígena, destacadas por apresentarem necessidade de políticas públicas específicas e por sua importância social (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

A partir dessas análises, o relatório produziu recomendações de avaliação das políticas e programas existentes na esfera federal, evitando superposições, contradições e promovendo a superação de problemas. Também foi recomendada a

institucionalização de determinados processos que são fundamentais para a atuação sustentável sobre os DSS e cujo desenvolvimento deve gerar políticas e programas específicos. Incluem-se recomendações para a institucionalização da ação intersetorial visando a melhoria da qualidade de vida e saúde, da participação social e empoderamento de grupos populacionais mais vulneráveis e da produção sistemática de informações e conhecimentos sobre as relações entre DSS e a saúde e sobre avaliação de intervenções. (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p.6).

Essa análise seguiu o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead que dispõe os DSS em camadas, desde a mais próxima dos determinantes individuais até a mais distal representada pelos aspectos macrodeterminantes. O modelo traz em sua base os fatores individuais que exercem influência sobre as condições de saúde como a idade, o sexo e os fatores genéticos, e a partir daí dispõe em camadas, os

comportamentos e estilo de vida, que são às vezes entendidos como fruto da autonomia do indivíduo, porém são influenciados pelos DSS conforme informações, propaganda, acesso a alimentação saudável e práticas de lazer e esporte, por exemplo; as redes comunitárias e de apoio que expressam o maior ou menor nível de coesão social; as condições de vida e trabalho englobando o acesso à alimentação, e aos serviços essenciais como saúde, educação, habitação..., e; e por fim os macrodeterminantes representados pelas condições econômicas, culturais e ambientais que exercem grande influência sobre as camadas anteriores (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

As duas camadas mais distais, relativas às condições de vida e aos macrodeterminantes indicam que,

as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p. 14).

Souza, Silva e Silva (2013) apresentaram os sete princípios para o desenvolvimento das diferenças em saúde estabelecidos por Whitehead que envolvem a variação biológica; a adoção de hábitos e práticas saudáveis; a expansão de hábitos saudáveis adotadas por algum grupo para outros grupos, sem impedimentos; hábitos prejudiciais à saúde adotados por restrição de alternativas; exposição a riscos no ambiente de trabalho; acesso inadequado aos serviços públicos e de saúde, e a tendência de efeitos mais severos dos problemas de saúde nos indivíduos de classes sociais desfavorecidas.

Os autores ainda descreveram que as diferenças em saúde entre grupos populacionais parecem resultar de comportamentos e hábitos socialmente construídos, cujos fatores fogem ao controle direto do indivíduo ou grupo. Estes fatores são construídos a partir do acesso que os mesmos têm aos bens materiais produzidos pela sociedade. Portanto, a posse e o acesso aos mesmos determinam vulnerabilidades nos indivíduos e grupos, fazendo com que as desigualdades sociais tenham maior determinação sobre o processo saúde-doença (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Embora os DSS tenham sido bastante estudados nacional e internacionalmente, Fernandez (2014) fez menção à baixa produção acadêmica no tocante ao elemento cultura, e a determinação cultural no processo saúde-doença e no enfrentamento das iniquidades em saúde. O modelo de conhecimento médico ainda hegemônico, com predominância do cientificismo de conhecer para prever e para controlar, vê as representações e práticas populares como fatores que incidem de forma negativa sobre a saúde, percebendo a cultura do outro como um obstáculo a ser superado e não como a possibilidade de um encontro gerador de potência. Também refletiram sobre o lugar que os elementos culturais ocupam nas instituições e na criação e/ou adesão a elas, questionando:

Até quando “faremos” saúde sem o sujeito do cuidado? Não conta a experiência do corpo vivido? (...) A saúde se dá apenas no enfrentamento do contexto biológico da vida? A vida do indivíduo não viria junto com o indivíduo? (FERNANDEZ, 2014, p. 175)

Em resposta a essas questões, a concepção de cuidado demanda que as instituições falem de outra forma, levando em consideração as experiências do corpo vivido e inserido em uma determinada cultura, possuindo uma percepção própria da doença, sendo necessário, portanto, apreender as diferenças e singularidades produzidas para o equacionamento dos processos saúde-doença (FERNANDEZ, 2014).

Langdon e Wiik (2010, p. 175) consideraram que:

cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas.

Portanto, ser mulher ou homem, com determinada nacionalidade ou etnia está além das determinações genéticas, e sim à cultura em que estão inseridos as pessoas ou grupos, a qual determina o seu comportamento ou modo de pensar (LANGDON; WIIK, 2010).

Boing et al (2014) perceberam que os estudos sobre a relação da cárie dentária e as condições socioeconômicas e demográficas vêm aumentando no Brasil, desde o

final da primeira década do século XXI, onde a maior parte tem apontado uma elevada ocorrência de cárie em populações pobres e menos escolarizadas, de raça/cor parda e preta, e no sexo feminino.

Porém, Baker et al (2018) descreveram que os estudos que relacionam a saúde bucal infantil com os DSS têm focado predominantemente os aspectos proximais, como hábitos e comportamento, e menos em aspectos estruturantes. Ainda apresentam que, a política, as forças econômicas e as políticas públicas e sociais exercem forte influência sobre a vida e a saúde das crianças.

De acordo com esse estudo nos países com maior desigualdade de renda e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), as crianças demonstraram maior experiência de cárie e maior impacto na saúde bucal, indicando que a adoção de medidas de recursos econômicos é fundamental para a melhoria da saúde da população em nível nacional. Um maior padrão de vida e melhores salários estiveram diretamente relacionados a uma melhor saúde bucal (BAKER et al., 2018).

Ainda segundo esses autores, os problemas de saúde bucal, embora sejam vivenciados individualmente, são de natureza pública e política. Com isso, medidas focadas no indivíduo como a educação e práticas de higiene bucal são limitadas. A transdisciplinaridade incorporando os conhecimentos da sociologia, política e economia aos da epidemiologia oral, utilizando métodos centrados na identificação dos padrões de desfechos e estabelecendo vínculos causais, poderiam levar a melhorias significativas da saúde bucal (BAKER et al., 2018).

Em um estudo transversal realizado em uma coorte de nascidos vivos no sul do Brasil, sobre os determinantes sociais e biológicos da cárie dentária aos seis anos de idade, Peres et al (2003) observaram que a escolaridade materna e a renda familiar foram as variáveis socioeconômicas que mais se relacionaram ao risco de desenvolvimento de cárie nas crianças. Além disso, os hábitos e cuidados com a criança também se mostraram significativamente associadas à ocorrência de cáries. Houve mais diagnóstico de cáries em crianças que não frequentavam a pré-escola, sugerindo que o fator de proteção da pré-escola esteja mais relacionado à socialização, com comportamentos mais favoráveis, do que às atividades de educação em saúde bucal que ocorreram no ambiente escolar.

Tiwari (2018) enfatizou que uma das mudanças necessárias para maior compreensão é a atenção aos DSS na prática profissional por meio de capacitação

das próximas gerações profissionais baseada na compreensão de como esses fatores não médicos e biológicos afetam a saúde. O autor apresentou experiências realizadas em escolas de odontologia norte americanas que simulam experiências de trabalho com famílias de baixa renda, ajudando os alunos a entenderem melhor as escolhas feitas por indivíduos que vivem na pobreza, criando maior empatia no atendimento a esses pacientes. Também destacou ainda, que se os principais determinantes da saúde são sociais, esses também devem ser os remédios (TIWARI, 2018).

### **3.2 Características da CPI e Condutas para sua Prevenção e Controle**

Existe atualmente um consenso quanto ao complexo processo de desmineralização e remineralização que caracteriza o desenvolvimento da cárie dentária. Estudos no campo da cariologia demonstraram que a cárie é uma doença de origem microbiana, resultado de uma interação complexa entre hospedeiro (principalmente dentes e saliva), microbiota e substrato (dieta), presentes em um determinado tempo suficiente para o seu desenvolvimento (BERKOWITZ, 2003; GUIMARÃES et al., 2004; SILVA; ASSAF; MIALHE, 2009; FERNANDES et al., 2011; MANTON; DRUMMOND; KILPATRICK, 2012; CRUZ et al., 2015).

Esses estudos são relevantes para a compreensão do processo cariioso, porém foram realizados em situações controladas, sem levar em conta a influência dos fatores ambientais e psicossociais. Considerando-se que a cavidade bucal pertence a um indivíduo inserido e influenciado pelo meio social fatores como: renda, escolaridade, comportamento e etc., desempenham papel importante na possibilidade do indivíduo desenvolver a cárie, conforme exposto nos DSS (SILVA; ASSAF; MIALHE, 2009; CRUZ et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2004).

Parece existir ainda hoje um conflito entre a visão centrada nos aspectos biológicos e na clínica odontológica individualizada, e os que levam em conta os DSS, dentro de uma visão da doença aplicada à coletividade. Nesse sentido, Gomes e Da Ros (2008) apontaram que estes fatores socioculturais e educacionais que mantêm a alta prevalência da cárie em certas populações, põem em questionamento as teorias biologicistas que tentaram responder à necessidade de redução de gastos com saúde através de medidas coletivas de controle da doença, com foco no enfrentamento da multicausalidade determinada por aspectos biológicos. Os autores

fizeram essa reflexão a partir do estudo dos estilos de pensamento relativos à etiologia da cárie, buscando entender o conceito de causação da doença em termos de historicidade de saúde pública, assim, em uma teoria, os fatos são construídos para compor o corpo científico e as contradições são impensáveis. Desta forma,

parece impossível à ciência odontológica tradicional ou “biologicista” observar sob o ponto de vista da “doença social”. O conceito parte sempre de seu núcleo biológico para extrapolar no social desqualificado. Tanto assim ocorre que a avaliação de risco ainda se dá de forma individualizada e a contagem de bactérias de *Bo Krasse* ainda é o preditor de risco de cáries mais citado e utilizado. Mas ele é um preditor clínico-biológico, não epidemiológico e social (GOMES; DA ROS, 2008, p. 1089).

A Cárie Precoce na Infância (CPI) é um tipo específico de cárie presente em crianças menores de seis anos que inclui entre os fatores etiológicos o uso de mamadeiras com líquidos açucarados e a amamentação em alta frequência e/ou ao adormecer. Somam-se a esses, hábitos alimentares outros fatores como a predisposição genética, escolaridade dos pais, estilo de vida da família, bem como fatores ambientais e socioeconômicos (BULLAPPA et al., 2017; VICENTE, 2008).

Para Bullappa et al (2017) e Vicente (2008), a falta de higiene bucal e de hábitos alimentares saudáveis na família podem favorecer a colonização precoce do bebê pelo *Streptococcus mutans*, principal microrganismo associado à CPI, cujos estudos evidenciam associação entre atividade de cárie das mães e das crianças. Vicente (2008) também descreveu que o período crítico para a implantação do *S. mutans* na cavidade bucal se dá entre 19 e 31 meses e o aumento gradual de seus níveis de isolamento ocorre concomitante com a erupção dos dentes decíduos até os cinco anos.

É passível de prevenção a partir de intervenções em fatores causais, porém, por ser uma doença de elevada incidência e prevalência, e que apresenta baixa ameaça à vida, muitas vezes, de acordo com as características culturais e educacionais de determinadas populações, é percebida como uma fatalidade e um acontecimento inevitável e comum, tanto na infância como na vida adulta (GUIMARÃES et al., 2004).

Baseados nesses conhecimentos, as orientações e protocolos para a prevenção e controle da CPI estão bem estabelecidos e concordam sobre a necessidade de educação quanto aos hábitos saudáveis recomendados à família, como o controle

da dieta e hábitos de higiene bucal, a adequação do meio e/ou tratamento restaurador das lesões já existentes e uso do flúor com indicações tanto para prevenção quanto para o controle de lesões (MACHADO et al., 2005; FERNANDES et al., 2011; CAMERON, 2012; CORRÊA; ROCHA; FONTELES, 2013b).

Muitos desses manuais apresentam suas orientações voltadas para a prática na rede privada de atenção onde os valores de mercado regem a relação paciente-profissional. Nesse sentido, Lourenço (2009) apontou a permanência desse modelo sanitário hegemônico, calcado na prática científica flexineriana e com ofertas de serviços baseados na doença e nos aparatos medicamentosos, como uma das dificuldades encontradas para a instalação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Atenção Básica organizada pela ESF propõe o cuidado de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde do indivíduo, considerando o contexto familiar e comunitário, o trabalho de forma interdisciplinar, com compromisso com a promoção da saúde e com a mudança de hábitos e padrões de vida, incentivando o empoderamento dos indivíduos e das famílias (LOURENÇO, 2009).

É esperado, portanto, as dificuldades enfrentadas para a consolidação desse novo modelo tanto pelas cobranças da população baseadas em suas demandas e experiências, quanto dos profissionais que se veem diante do desafio de conduzir uma nova prática, muitas vezes distante da aprendida em sua formação acadêmica (LOURENÇO, 2009). No entanto, há um consenso acerca da necessidade de ações de educação em saúde para a prevenção da CPI, o qual é considerado conduta adequada para o seu controle. Para Mialhe et al ( 2009),

educação em saúde tem sido considerada uma importante estratégia para promover a saúde das coletividades, seja pelo desenvolvimento de habilidades pessoais para o autocuidado, geralmente a partir de um modelo vertical de transmissão de informações visando à manutenção da saúde e a prevenção das doenças, seja por meio de processos de empoderamento pessoal e comunitário, objetivando capacitar as pessoas a lutar por melhorias em suas condições de vida (p. 442).

As práticas educativas formais e não formais são sustentadas por várias concepções de ensino e aprendizagem. A clareza das concepções de educação determinará o projeto educativo a ser empreendido, sendo necessário planejar as ações considerando-se a realidade e contexto da atuação, e os objetivos propostos. As práticas educativas intencionais são importantes para ampliarem a percepção e

compreensão do mundo, e devem capacitar os sujeitos a intervirem na realidade gerando autonomia e humanização (MIALHE et al., 2009).

Quando se pensa a educação voltada para a saúde, tendo a concepção de saúde como direito e recurso de vida, em um conceito ampliado, Mialhe et al (2009) questionaram,

se o estado de saúde do indivíduo depende de determinantes que extrapolam a simples vontade pessoal em se manter sadio, por que as atividades educativas geralmente se baseiam apenas em estratégias de transmissão de normas de bem-viver ditadas pelo saber médico? Isso, na verdade, não seria uma forma de os profissionais, apesar de bem intencionados, perpetuarem a domesticação das massas pelo Estado, no sentido de manter a força de trabalho operante e acrítica de seus direitos constitucionais? (p. 444).

Diante dessas reflexões e das limitações do modelo de “educação bancária” que tem os educandos como depósito de informações, o Ministério da Saúde tem orientado, desde 2003, projetos e ações com base na Educação Popular em Saúde voltada para a educação libertadora e problematizadora de Paulo Freire. Essa educação dialógica visa romper com os esquemas verticais da educação bancária, onde educador e educando são sujeitos do processo emancipando os sujeitos

das relações de opressão e domesticação aí existentes (inclusas aí as normas do bem viver, ditadas pela Ciência médico-odontológica e frequentemente inculcadas acriticamente na população via educação bancária) (MIALHE et al. 2009, p. 447).

É responsabilidade dos profissionais da Saúde da Família a democratização do conhecimento do processo saúde-doença onde a educação em saúde tem uma dimensão importante na orientação de hábitos saudáveis. Nesse sentido é importante incluir a dimensão social e política do processo, estimulando o desenvolvimento da cidadania, o controle social e a participação ativa nos processos de interesse público, como é o caso da saúde (CÂMARA et al., 2012).

A educação em saúde, visando à prevenção e o controle da CPI, deve ser direcionada à gestante, período propício à modificação de comportamento e a instalação de hábitos mais saudáveis, aos pais ou responsáveis e diretamente às crianças.

Corrêa e Villena (2013) citam estudos que apontaram redução em 82% da prevalência CPI por meio da educação precoce voltada aos pais, e de 77% na

aparição da doença após a capacitação de outros profissionais de saúde quanto à prevenção da CPI (CORRÊA; VILLENA, 2013). A escovação dentária frequente além de promover a desorganização periódica do biofilme dentário, proporciona a

presença constante de flúor na cavidade bucal, o que interfere na dinâmica do processo de cárie reduzindo a perda de minerais quando do fenômeno de desmineralização e ativando a quantidade de resposta quando da remineralização salivar (ESMERIZ et al., 2009, p.496).

A utilização do flúor atualmente é classificada quanto a sua abrangência individual ou coletiva, sendo a fluoretação da água de abastecimento considerado o método de prevenção de cáries mais efetivo considerando sua abrangência coletiva, e “associa o benefício da água tratada ao impacto epidemiológico na redução da prevalência e severidade da cárie dentária” (ESMERIZ et al., 2009, p.491).

A forma mais conveniente apresentada para o uso tópico de flúor profissional para a idade pré-escolar tem sido o verniz fluoretado, pela facilidade de aplicação e por ser bem tolerado pelas crianças. Porém Carvalho et al (2010) alegaram que esses resultados devem ser melhor investigados na dentição decídua.

É importante considerar ainda a avaliação do risco da criança desenvolver cárie baseado em aspectos biológicos, comportamentais e de contexto socioeconômico, para se estabelecer o plano de tratamento, a frequência de acompanhamento e o regime de flúor tópico (CAMERON, 2012; MACHADO et al., 2005).

Quanto à conduta profissional vale ressaltar ainda que, o processo de trabalho na Atenção Básica prevê a Educação Permanente em Saúde incorporando condutas que sejam compatíveis com a visão ampliada de saúde, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Processos formativos com a intenção de desenvolver reflexões, conhecimentos e competências, através da Educação Continuada, é uma estratégia para a qualificação da AB de acordo com a dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2018).

Portanto, as condutas para o controle da CPI consideradas adequadas no cenário da SF devem promover informações à família acerca do controle do açúcar, remoção da placa bacteriana via escovação dental, uso do flúor tanto sistêmico, quanto tópico e as ações de educação em saúde visando a construção deste conhecimento, tanto no indivíduo como na comunidade, levando-se em conta a

realidade local e subsidiada por discussões e conhecimentos promovidos continuamente através Educação Permanente.

### **3.3 A Odontologia para Bebês e para Crianças em Idade Pré-escolar**

Em uma revisão a respeito da atenção à saúde bucal do bebê, para Silva (2007) essa preocupação ocorre desde a década de 1920 no Brasil, sobretudo na formação e calcificação dos dentes na vida intrauterina, e nas recomendações de cuidados de higiene com gaze embebida em solução de bicarbonato de sódio no início da erupção dos primeiros dentes decíduos.

Ao longo do século XX, os cuidados com a saúde bucal de escolares passaram a ser mais documentadas. Alguns autores brasileiros e internacionais passaram a defender o início do atendimento odontológico a partir dos dois anos de idade. Esse conceito continuou ganhando adeptos na segunda metade do século e programas de saúde bucal direcionados ao bebê com o objetivo de evitar a cárie até os três anos de idade passaram a ser implementados (SILVA, 2007).

No Brasil, embora já houvesse informações sobre odontologia para bebês nos manuais do INPS, o marco histórico da atenção odontológica precoce aconteceu com a implantação da Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina, na década de 1980. A instalação dessa atenção no serviço público se iniciou na Companhia Siderúrgica de Volta Redonda-RJ e de Cambé-PR. A partir daí, outros serviços foram instalados em vários estados e priorizavam as ações educativas aos pais, alguns com acompanhamento desde o período gestacional.

Para Hanna, Nogueira e Honda (2007) durante muito tempo no país, o atendimento odontológico infantil esteve restrito à criança em idade escolar. Era recomendado que os pais levassem os filhos ao dentista após os três anos de idade, pois se acreditava que a criança apenas cooperaria com o atendimento após essa idade. Da mesma forma, Camargo et al (2012) apontaram que os serviços odontológicos, ainda priorizam o atendimento à criança a partir da dentição permanente, talvez por influencia da assistência odontológica programática à criança em idade escolar, priorizadas antes da criação do SUS, e que menor atenção tem sido dada aos pré-escolares.

Uma particularidade da atenção à saúde bucal do pré-escolar relatada por Camargo et al (2012) é que “depende dos cuidadores por meio da supervisão da escovação, da vigilância dos hábitos alimentares e do entendimento de que consultas

preventivas com o dentista podem auxiliar na manutenção da saúde bucal” (idem, p.88). Acrescenta-se aqui que as atitudes dos pais em relação à alimentação e aos cuidados com sua saúde pessoal costumam influenciar de forma positiva a saúde bucal dos filhos.

Volpato et al (2013) apresentaram duas barreiras que dificultam a redução da incidência de cárie entre as crianças, a primeira é que a maioria dos pais ainda leva os filhos ao dentista preferencialmente para o tratamento curativo, e a segunda é que muitos profissionais se recusam a atender crianças antes dos três ou quatro anos de idade. Para os autores, os pais deixam de ter acesso às orientações de prevenção e cuidados precoces, e a criança inserida no atendimento odontológico passa, muitas vezes, por experiência de dor. É certo que o atendimento odontológico do bebê e da criança pequena é complexo, exigindo cuidados a fim de que se evitem traumas psicológicos que podem aumentar as dificuldades do atendimento. Porém, adiar esse cuidado tem trazido prejuízos ao bem estar das crianças.

Hanna, Nogueira e Honda (2007) conduziram um estudo que propôs avaliar a percepção das gestantes com relação à atenção odontológica nos primeiros meses de vida do bebê. Um dos resultados da pesquisa apontou que 67% das gestantes disseram que cuidaram pessoalmente do bebê, porém, 28% relataram que o bebê ficava com as avós e 5% com outras pessoas. Para os autores, a orientação materna é o meio mais efetivo de se prevenir a cárie dentária, e que quando esse cuidado é realizado pelas avós ou outros responsáveis nem sempre há preocupação de se realizar as orientações sobre o cuidado bucal.

Também observaram que 92% das mães disseram que iriam realizar algum tipo de higiene bucal no bebê, porém 48% delas nunca receberam qualquer tipo de orientação. O estudo sugeriu a necessidade de maior interação dos médicos que acompanham as gestantes com a odontologia, a fim de promover maior conscientização das mães a respeito dos cuidados com a saúde bucal de seus filhos.

Outros estudos têm sido realizados a fim de avaliar o conhecimento dos pais e/ou cuidadores sobre os cuidados em saúde bucal na primeira infância (SILVA et al., 2013; MARTINS; JETELINA, 2016; MACAMBIRA; CHAVES; COSTA, 2017). Todos concordam sobre a importância das intervenções educativas com mães e

cuidadores. Macambira, Chaves e Costa (2017) perceberam que pais e cuidadores que receberam orientações em consultas odontológicas de puericultura demonstraram maior conhecimento e melhores práticas de cuidados em relação aos que não receberam essas orientações. No entanto, este estudo se limitou a coleta de informações fornecidas pelos pais e cuidadores, e não relacionou os conhecimentos medidos com a avaliação da condição de saúde bucal apresentada pelos filhos.

Martins e Jetelina (2016) correlacionaram dados sobre conhecimento dos pais sobre a saúde bucal dos filhos com o motivo da consulta odontológica, se por procura de tratamento curativo ou prevenção. Os achados mostraram que as mães são as principais responsáveis em levar as crianças à consulta odontológica e, portanto, sugerem atividades educativo-preventivas voltadas para elas. Embora o conhecimento apresentado pelos pais tenha sido considerado bom, houve maior procura por consultas curativas, chamando a atenção para a necessidade da conscientização dos pais sobre a importância da dentição decídua e da prevenção da cárie em idade precoce.

Para Emmi et al (2017) os pais buscam sistematicamente a assistência médica para seus filhos nos primeiros anos de vida. Porém, a Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios de 2008 mostrou que 66,7% das crianças de zero a seis anos nunca haviam procurado o atendimento odontológico. Esses dados apontaram para a importância da interdisciplinaridade nas orientações de saúde bucal na atenção à criança nos primeiros anos de vida, e que todos os profissionais das equipes de saúde podem realizar esse cuidado desde que estejam capacitados.

A fim de avaliar os conhecimentos dos médicos pediatras sobre a saúde bucal, Emmi et al (2017) constataram em estudo que esses conhecimentos foram satisfatórios. No entanto, demonstraram desconhecimento e conduta inadequada sobre o uso de flúor, e que os profissionais com mais tempo de prática apresentaram condutas inadequadas para as orientações a partir de conhecimentos ultrapassados.

A importância da saúde bucal promovida por médicos também foi percebida por Kranz et al (2015), os quais verificaram uma redução da experiência de cárie em crianças norte-americanas da educação infantil que receberam serviço de saúde bucal preventiva realizada por médicos do programa social de saúde dos Estados

Unidos (Medicaid), nas consultas de puericultura até os três anos. Esta atenção incluía aconselhamento, exame bucal e aplicação de verniz fluoretado. Os serviços foram reembolsados aos médicos pelo programa de saúde e justificados pelo maior acesso dessas crianças ao atendimento médico do que aos serviços odontológicos. Os autores perceberam que apesar de terem promovido redução na experiência de cárie das crianças, não houve a melhoria no uso subsequente de serviços de tratamento odontológico pelo cirurgião-dentista, sugerindo também, melhores estratégias de cooperação e interação entre médicos, enfermeiros e dentistas.

A atenção em saúde bucal voltada ao bebê e à criança em idade pré-escolar está para além da prevenção específica da doença cárie. Quando se pensa em oferecer à criança qualidade de vida suficiente para o seu desenvolvimento físico, cognitivo, social e psicológico, é importante que se pense em promoção de saúde com ações intersetoriais e políticas públicas que consigam atender a essa demanda.

### **3.4 Promoção da Saúde incluindo a Promoção da Saúde Bucal**

As ações de promoção da saúde são parte dos cuidados integrais à saúde, juntamente com a prevenção de doenças e de fatores de risco, e o tratamento, quando a doença já se encontra instalada (BUSS, 2010).

A Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, define que Promoção da Saúde

é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2002, p.19).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2001) relatou que essa compreensão de Promoção da Saúde tem como precursor o relatório de Lalonde (1974), como estratégia de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas, com foco na adoção de estilo de vida saudável. Uma década depois, os fatores sociais e

ambientais e os modos de vida foram reconhecidos como determinantes chaves da saúde. Com isso, a comunidade de saúde pública adotou a Carta de Ottawa de 1986 que tem como ações estratégicas para a promoção da saúde a formulação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, o fortalecimento das ações das comunidades, o desenvolvimento de habilidades pessoais para a vida e a reorientação dos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2001).

Buss (2010) refletiu que, na maior parte de suas vidas, as pessoas não necessitam de hospitais e de procedimentos médicos, diagnósticos e terapêuticos, porém, necessitam durante toda a vida de ambientes saudáveis, ar e água puros, alimentação adequada, situações social, econômica e cultural favorável, bem como prevenção de problemas de saúde específicos, educação e informação, sendo estes, componentes importantes da promoção da saúde. Portanto, para melhorar as condições de saúde de uma determinada população são necessárias mudanças dos padrões econômicos dessas sociedades e a intensificação de políticas sociais através de ações intersetoriais e políticas públicas saudáveis.

Buss (2010), ainda relatou que a partir da análise dos DSS no Brasil, realizada pela CNDSS foi apresentada

[...] proposta de uma nova prática sanitária interdisciplinar, que integra diferentes saberes e práticas intra e extra-setoriais, que se revestem de uma nova qualidade ao articular-se, organizadas pelo paradigma da promoção de saúde, para o enfrentamento dos problemas existentes num território singular. Os programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, hoje em implementação no Brasil, são propostas promissoras e estruturantes de uma nova prática e merecem o mais decidido apoio político e técnico para sua implementação (p. 2).

Para Santos e Da Ros (2016) promover saúde implica ofertar condições de controle e melhora da saúde, ou seja, desenvolver a autonomia nas pessoas. O desenvolvimento da autonomia nos usuários do SUS é atribuição do sistema de saúde, porém, na prática, as atividades de promoção da saúde tem sido raras nas US. Os grupos têm sido nomeados a partir do pertencimento de seus integrantes à determinada condição de doença, como hipertensos e tabagistas, e tem se desenvolvido predominantemente através de atividades educativas diretas realizadas pelos profissionais de saúde, sem o envolvimento dos participantes na organização e desenvolvimento dessas atividades.

Para esses autores, estas ações não atendem aos propósitos da promoção da saúde, e tendem a manter a percepção do controle das condições de saúde apenas como responsabilidade dos profissionais de saúde e do sistema de saúde, sem o empoderamento e autonomia dos atores da comunidade na busca por qualidade de vida, além de se tornarem cansativas e obterem baixa adesão, pela distância que se encontram do dia a dia da comunidade (SANTOS; DA ROS, 2016).

Ainda segundo Santos e Da Ros (2016), tem sido comum a confusão entre os conceitos de prevenção e de promoção da saúde, onde prevenção mantém o foco voltado para controle de determinada doença. Para eles, as ações de educação em saúde têm sido direcionadas basicamente à prevenção de doenças, levando à população informações sobre métodos e práticas que previnem determinada doença, como por exemplo, a necessidade de higiene bucal diária para prevenir a cárie dentária. Essas ações levam informações à população necessárias como pré-requisito para mudanças no estilo de vida, porém são insuficientes para a apropriação desses hábitos no dia-a-dia das pessoas (SANTOS; DE ROS, 2016).

Embora o conceito de Promoção da Saúde e a concepção expressa pela Carta de Ottawa integrem o compromisso constitucional do SUS, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada apenas em 2006, e revisada em 2014

[...] em seu processo de implementação nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor Sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – vem para provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2014, p. 8).

Malta et al (2016) fizeram uma análise retrospectiva da PNPS e concluíram que houve vários avanços, destacando entre outros a inserção de programas de promoção da saúde na programação orçamentária e na avaliação de projetos, parcerias e capacitação de recursos humanos, porém enfrenta desafios como por exemplo, avançar na ação intersetorial.

Dos programas implantados pela PNPS, Malta et al (2016) destacaram, não como forma de exclusão dos demais programas, mas por sua maior proximidade com o campo da saúde bucal, o Programa Saúde na Escola (PSE), que a partir de 2008 teve novas modalidades de financiamento definidas com ampliação dos critérios de adesão ao programa. Destacaram-se também as ações em alimentação saudável e

adequada, com articulações intersetoriais como o acompanhamento sistemático das condicionantes de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF).

Além destes, podem ser citados o enfrentamento do uso do tabaco, a Rede Cegonha com acompanhamento das gestantes, e a formação e educação permanente através de debates, seminários, reuniões e capacitações sobre temas diversos (MALTA et al., 2016).

### **3.5 Programas que Incluem a Promoção da Saúde Bucal na Primeira Infância**

Neste estudo foram apresentados os programas voltados para a Promoção da Saúde cujas ações incluem a Promoção da Saúde Bucal na Primeira Infância desenvolvida pelas ESF, como a Rede Cegonha, o Brasil Carinhoso, o Programa Saúde na Escola e o Programa Gestante Feliz, Bebê Sorridente.

#### **3.5.1 Rede Cegonha**

Tem como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no território nacional, qualificando o pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança até os dois anos de idade (BRASIL, 2012a).

O Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco é uma ferramenta de apoio às equipes de Atenção Básica com a finalidade de qualificação do cuidado e articulação em rede, e apresenta um capítulo destinado às abordagens de saúde bucal na gestação. Justifica que as alterações fisiológicas da gestação impõe a necessidade de uma atenção profissional diferenciada, pois o

estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê. Portanto, é de extrema importância que os serviços de saúde estabeleçam como rotina a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal (BRASIL, 2012a, p. 143).

Este caderno orienta condutas referentes aos problemas de saúde bucais mais comuns na gestação e sobre o atendimento nas fases gestacionais, concluindo que

os profissionais de saúde devem estimular o autocuidado do binômio mãe-filho, atuando como importantes agentes em educação em saúde, contribuindo com a desmistificação de medos e mitos relacionados às alterações bucodentais atribuídas ao fato de se estar

grávida e à atenção odontológica durante o pré-natal. Além disso, é importante considerar que os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, entre elas a cárie dentária (BRASIL, 2012a, p.146).

### 3.5.2 Brasil Carinhoso

O Caderno 33 da Atenção Básica (BRASIL, 2012b), que versa sobre saúde da criança, apresenta que a

prioridade da atenção à criança até 2 anos, prevista na Rede Cegonha, veio se somar ao recente lançamento pelo governo federal do “Brasil Carinhoso”, um conjunto de ações interministeriais, envolvendo saúde, educação, assistência social pela Primeira Infância Brasileira. A proposta é a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância (p.19).

O programa foi criado visando à ampliação do acesso de crianças de baixa renda a creches públicas, incentivando os municípios a melhorarem o atendimento e aumentarem o número de vagas através do aumento nos repasses de recursos federais às prefeituras a cada criança beneficiária do programa Bolsa Família que for atendida pelo programa.<sup>3</sup>

Através do apoio financeiro aos municípios que aderirem e cumprirem as exigências, o programa contribui com as ações de cuidado integral, segurança alimentar e nutricional, além de garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil.<sup>4</sup>

### 3.5.3 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) na ESF

O Caderno da Criança aborda orientações para a organização do processo de trabalho das equipes de AB na atenção à saúde da criança. No capítulo 11 apresenta orientações para a inserção da saúde bucal no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) realizado pelas equipes, recomendando a motivação e educação de toda a família para os cuidados de saúde bucal da

<sup>3</sup> Informação presente em: < <http://www.secretariadegoverno.gov.br/iniciativas/internacional/fsm/eixos/inclusao-social/brasil-sem-miseria>> Acesso em 30 mai. 2018.

<sup>4</sup> Informação presente em: <http://www.fnde.gov.br/programas/brasil-carinhoso> Acesso em: 30 mai. 2018

criança, principalmente nos primeiros anos de vida. “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 no cuidado da saúde bucal do bebê” (BRASIL, 2012b, p.171).

Recomenda a primeira consulta da criança entre o nascimento do primeiro dente até os 12 meses, e a programação de visitas periódicas em função do perfil de risco da criança. A equipe deve encaminhar a criança para a equipe odontológica e todos os profissionais de saúde devem estar aptos a fornecerem informações de saúde bucal aos pais e cuidadores. Apresenta as recomendações das abordagens de aspectos como a alimentação, a higiene, o uso de flúor e os hábitos nos grupos etários de zero aos três anos, três a seis anos e seis a nove anos (BRASIL, 2012b).

#### 3.5.4 Programa Saúde na Escola (PSE)

É um programa intersetorial entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, instituído em 2007, unindo forças para promover o desenvolvimento pleno das crianças, adolescentes, jovens e adultas da educação pública, proporcionando a

comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros (BRASIL, 2015, p.7).

Traz como importante demanda a articulação entre escola e unidade de saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde, devendo, as ações do PSE, estarem inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando em conta a diversidade sociocultural da região e a autonomia das equipes pedagógicas (BRASIL, 2015).

A saúde bucal se insere no PSE em ações integradas à equipe de saúde e na promoção e avaliação da saúde bucal em creches, pré-escolas e escolas.

#### 3.5.5 Programa Gestante Feliz, Bebê Sorridente

O programa foi desenvolvido pela gestão da Saúde Bucal da Prefeitura de Anápolis, integrando o Programa Brasil Sorridente e visa inserir a saúde bucal na vida da

gestante através da ESF. As ações visam o acompanhamento da gestante pelo menos em três consultas e a conscientização das mulheres quanto ao aleitamento materno. As crianças que participam do programa são acompanhadas desde o puerpério até os três anos de idade com ações de prevenção e o trabalho tem a continuidade nas unidades municipais de ensino.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Informação disponível em: < <http://www.anapolis.go.gov.br/portal/multimedia/noticias/ver/prefeitura-lan-a-projeto-a-gestante-feliz-beb-sorridentea-> > Acesso em: 30 mai. 2018

***Metodologia***

## 4 METODOLOGIA

Este estudo teve como proposta conhecer as percepções e condutas dos cirurgiões-dentistas da Saúde da Família acerca da Cárie Precoce na Infância em um município de médio porte no Estado de Goiás.

### 4.1 Tipo de Estudo

O estudo se caracterizou como descritivo, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2001), responde a questões com um nível de realidade subjetiva, que não pode ser quantificada. Aprofunda-se nos significados das ações, expressões e relações humanas não captadas através de estatísticas. A abordagem dialética adotada neste estudo incorpora o modo de conhecimento exterior ao sujeito (passível de quantificação) e também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados, relacionando quantidade com a qualidade dos fatos e fenômenos (MINAYO, 2001).

Assim, a proposta deste estudo foi trabalhar com a subjetividade onde o sujeito, através da percepção, pôde organizar e interpretar as sensações provocadas pelo contato com as coisas externas. A percepção é uma experiência dotada de sentido na história de vida da pessoa e o mundo percebido é qualitativo, significativo e estruturado, onde o sujeito, de forma ativa, dá as coisas percebidas novos sentidos e novos valores (CHAUI, 2000).

A aplicação dos conceitos criados a partir do conhecimento microbiológico e do avanço das tecnologias aplicadas às ciências biológicas, passa pela dimensão das sensações dos indivíduos envolvidos no processo, sejam eles os profissionais, os cuidadores, ou os que recebem o cuidado. As interações sociais estabelecidas nesse processo devem ser pensadas a fim de contribuir na elaboração de políticas aplicáveis e efetivas. Essa dimensão é apreendida através de investigações qualitativas e esse se apresenta como um diferencial deste trabalho.

A proposta não foi investigar se as técnicas estão sendo aplicadas ou se os profissionais estavam seguindo as normas preconizadas, mas antes disso, conhecer se entendiam o tema como um problema que necessita de formas de intervenção (enfrentamento), como ele tem vivenciado a aplicação das condutas preconizadas, quais as dificuldades encontradas, quais os entraves, quais as angústias, o que tem

conseguido realizar de forma satisfatória. Dar voz aos atores diretamente envolvidos no processo parece uma dimensão tão importante para o enfrentamento do tema, ou talvez até mais em se tratando da Equipe de Saúde da Família (ESF), do que saber se ele realmente está capacitado tecnicamente para o exercício profissional.

O trabalho proposto na ESF foi prioritariamente uma responsabilização social pela saúde bucal da população, que tem que ser enfrentada na relação com a gestão, com a equipe e com a população. Uma complexidade de difícil quantificação e melhor apreendida em sua dimensão qualitativa.

## 4.2 Participantes do Estudo

O município sede da pesquisa contava no momento da coleta de dados com 59 ESF. Destas, 57 tinham Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Estas 57 ESB do município se encontravam distribuídas em 36 Unidades de Saúde da Família, sendo 21 unidades com apenas uma ESB, nove unidades contavam com duas ESB e seis unidades com três ESB (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das ESB no município sede deste estudo.

<b>Unidades com Equipe de Saúde Bucal (ESB)</b>	<b>Quantidade de ESB (n)</b>	<b>Quantidade de Cirurgiões-Dentistas (n)</b>
Unidades com 1 ESB	21	21
Unidades com 2 ESB	09	18
Unidades com 3 ESB	06	18
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>57</b>

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

O estudo previu como participantes um cirurgião-dentista de cada Unidade da Saúde da Família, ou seja, 36 participantes, a fim de abranger todas as unidades. Os critérios de inclusão foram: ser cirurgião-dentista da Saúde da Família no município e ter atuado na unidade nos últimos seis meses. Enquanto, estar de licença médica ou de férias durante a coleta dos dados, estar na gestão dos serviços de saúde, estar atuando na unidade em período inferior a seis meses, recusar participação e estar atuando como pesquisador (a) na pesquisa foram os critérios de exclusão.

Dos 36 profissionais previstos, dois não atenderam aos critérios de inclusão por estarem atuando na unidade em um período inferior a seis meses. Outros dois profissionais, um por estar retornando de cargo ocupado na gestão e outro por ser atuante na pesquisa também foram excluídos. E ainda, dois profissionais alegaram não poder receber a pesquisadora no período da coleta de dados por indisponibilidade de tempo devido à organização do trabalho no momento e por isso, também foram excluídos. Esses casos ocorreram em unidades com apenas uma ESB. Em outra unidade houve ainda a recusa de participação de todos os profissionais atuantes. Com isso, participaram da pesquisa 29 profissionais.

Durante a coleta de dados foi levantado o perfil profissiográfico dos participantes, considerando os atributos sexo, tempo de formado, pós-graduação, tempo de ESF e tempo na unidade, visando descrever as principais características dos profissionais das ESB no município. Contudo optou-se por apresentar esses dados nesse momento, pois eles extrapolaram aos objetivos propostos (Tabela 2). Além disso, tais dados poderiam atender a análises futuras. Por exemplo, Costa et al (2013) apontaram que conhecer os atores sociais envolvidos nas ESF é necessário para a compreensão da unidade e importante para a reorientação do modelo assistencial.

**Tabela 2 - Perfil profissiográfico dos participantes da pesquisa.**

	<b>Atributo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sexo	Masculino	08	27,6	
	Feminino	21	71,4	
Tempo de formado	0 a 9 anos	08	27,6	
	10 a 19	12	41,4	
	mais de 20	09	31,0	
Tempo na ESF	1 a 4 anos	09	31,0	
	5 a 9 anos	12	41,4	
	mais de 10	08	27,6	
	Não	11	38,0	
Especialização	Saúde coletiva	05	17,0	31
	Saúde coletiva e outra	04	14,0	
	Outra	09	31,0	

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

### 4.3 Procedimentos de Coleta dos Dados

Neste estudo a coleta de dados foi realizada empregando entrevista semiestruturada com os participantes e contou com a anuência da Secretaria de Saúde e da Direção da Atenção Básica do município, bem como com a disponibilização da pesquisadora e dos participantes para a realização da coleta de dados durante o turno de trabalho pela Coordenação de Saúde Bucal. Desta forma, a pesquisa contou com o apoio administrativo e financeiro (horas de trabalho disponibilizadas) da Secretaria Municipal de Saúde.

A partir de uma lista com os nomes dos profissionais e suas respectivas unidades de atuação, fornecida pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do município, foram agendadas as entrevistas através de contato telefônico. Nas unidades com mais de uma equipe esse primeiro contato foi realizado com o profissional disponível no momento. Todas as entrevistas foram realizadas na unidade e horário de atuação do profissional participante, evitando-se assim possíveis custos ou prejuízos para estes.

Os dados foram coletados por meio da aplicação um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado especialmente para esta pesquisa, onde os participantes não foram identificados nominalmente (APÊNDICE A). Foram elaboradas questões a fim de atender aos objetivos da pesquisa, bem como responder às questões norteadoras, tornando possível conhecer as percepções e condutas dos profissionais em relação à CPI.

Antes da realização de cada entrevista, a pesquisadora esclareceu as questões relativas à pesquisa e à garantia do sigilo das informações prestadas, e foram preenchidos e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos que decidiram participar (APÊNDICE B).

O roteiro de entrevista foi testado previamente, através da sua aplicação a um cirurgião-dentista atuante na ESF de outro município, e a partir das impressões da pesquisadora e da análise do áudio junto à orientadora, foram realizados os ajustes ao roteiro preliminar.

A maior parte dos profissionais participou da entrevista demonstrando disponibilidade e interesse em falar sobre o tema e, muitas vezes, iniciaram sua participação de forma espontânea, antes mesmo que a pesquisadora iniciasse a

entrevista na sequência prevista pelo roteiro. Essas manifestações não foram interrompidas, apenas buscou-se então adequar os questionamentos a fim de abranger as questões que ainda não haviam sido contempladas.

Assim, com exceção de quatro entrevistas em que os profissionais se mostraram menos à vontade, as entrevistas transcorreram como uma conversa, sem rigidez em relação à aplicação do roteiro. Isto permitiu, de forma espontânea desde primeira entrevista, a elaboração da seguinte questão: “se a CPI era percebida como um problema na região adstrita à unidade de saúde?” Esta questão substituiu a “É muito prevalente?” A qual esteve presente no roteiro inicial (APÊNDICE A).

Outra alteração, no último item do roteiro, alterou a questão “Quais sugestões você aponta para o enfrentamento do problema no município?” para “Acha possível atingir melhores metas como, por exemplo, 80% de crianças livres de cárie aos cinco anos de idade? Quais as sugestões para atingir essa meta?”

Essa mudança foi realizada a partir da segunda entrevista pelo interesse despertado em saber se os profissionais percebiam a possibilidade de melhorar os índices de CPI relacionados ao número de crianças livres de cárie e também conhecer como pensam as intervenções para atingir essas metas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Na transcrição cada participante foi identificado com a letra E, seguida de um número, de forma aleatória, a fim de manter sigilo.

#### **4.4 Análise dos Dados**

Para a análise dos dados seguiu-se a sistematização preconizada para análise de conteúdo temático-categorial, produzindo inferências a partir dos dados em direção ao seu contexto, de forma objetiva e sistemática. Segundo Chizzotti apud Mozzatto e Grzybowski (2011) “o objetivo da análise do conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (p.734).

Oliveira (2008) apresentou que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido à análise de conteúdo, partindo de um primeiro plano da mensagem para um nível mais aprofundado, ultrapassando os significados manifestos, relacionando estruturas semânticas com estruturas sociológicas, ou seja, significantes com

significados, articulando a superfície dos textos com o contexto cultural e variáveis psicossociais da produção da mensagem.

Desta forma, a partir do material coletado foi realizada a transcrição integral dos áudios das 29 entrevistas e a leitura fluente dos textos gerados, para um primeiro contato com o conteúdo manifesto. Posteriormente, do texto de cada entrevista foram recortados os trechos que continham material referente ao tema da pesquisa e transferidos para um documento no editor de planilhas Excell do pacote Microsoft Office. De cada trecho de entrevista foram selecionadas unidades de registro (UR) e para cada unidade de registro construiu-se uma unidade de contexto ou código, inseridos em uma coluna paralela a das UR. Os códigos são unidades de compreensão das unidades de registro, permitindo sua significação e contextualização.

Para melhor sistematização os códigos identificados em todas as entrevistas, foram agrupados em outras cinco planilhas criadas a partir dos objetivos da pesquisa e nomeadas como apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1** – Planilhas de sistematização dos códigos.

PLANILHA 1	Como tem percebido a CPI
PLANILHA 2	Potencialidades e limitações da prevenção
PLANILHA 3	Potencialidades e limitações do tratamento curativo
PLANILHA 4	Trabalho em equipe
PLANILHA 5	Sugestões

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Foi realizada nova leitura dos códigos de cada planilha, e um novo agrupamento de acordo com a similaridade, de forma a permitir a sua análise e a construção das categorias. As ideias centrais foram agrupadas em três categorias temáticas apresentadas no Quadro 2.

**Quadro 2** - Ideias centrais abordadas nas categorias temáticas

Categorias Temáticas	Ideias Centrais
Percepções	Esta categoria temática abrange as percepções sobre a CPI e em quais bases e vivências estão apoiadas, envolvendo a forma do acometimento e os determinantes apresentados.
Condutas	Esta categoria temática apresenta como os profissionais têm trabalhado com a equipe a fim de criar acesso e realizar ações de prevenção e controle da CPI. Envolve as atividades voltadas à educação em saúde, à prevenção (entendida como evitar a instalação da doença), ou ao controle da CPI (entendido nesse estudo como os procedimentos realizados a fim de evitar o avanço das lesões de cárie quando essas já se encontram presentes).
Sugestões	Envolve as políticas e ações sugeridas a fim de aumentar o percentual de crianças livres de cárie aos 5 anos de idade.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

#### 4.5 Aspectos Éticos e Legais

Essa pesquisa foi realizada seguindo os aspectos éticos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução 466 do CNS, de 12 de dezembro de 2012. E foi iniciado após a submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG, parecer nº 2.312.982 (ANEXO A).

Os participantes da pesquisa possuíram autonomia plena e foram esclarecidos sobre os objetivos e justificativas da pesquisa bem como sua relevância social, pois visou oferecer informações para o enfrentamento da doença crônica mais comum na infância, a cárie dentária. Estiveram cientes também dos possíveis riscos e que poderiam suspender ou encerrar a sua participação a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Foi reafirmada a confidencialidade, a privacidade e a proteção de sua imagem. A coleta de dados foi iniciada somente após a realização dos esclarecimentos e leitura do TCLE (APÊNDICE B) e de sua devolução ao pesquisador, devidamente assinado.

## ***Resultados e discussão***

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa qualitativa permitiu aos participantes se expressarem de forma livre, cuja coleta de dados produziu um material considerável de informações e manifestações da subjetividade dos entrevistados a respeito das percepções e vivências de questões relativas ao exercício da odontologia voltado à criança de zero a cinco anos.

Os resultados foram apresentados a partir da organização sistemática do conteúdo manifesto em relação às percepções sobre a CPI na área de abrangência de cada profissional. Alguns profissionais apresentaram relatos e comparações de experiências de trabalhos desenvolvidos em outras unidades e ainda fora da ESF, os quais foram considerados. Também foram apresentadas as percepções e condutas relatadas sobre o atendimento dessas crianças, relatos sobre o trabalho em equipe e sugestões para redução dos índices de CPI (Quadro 3).

**Quadro 3** – Apresentação das categorias e respectivos núcleos de sentido.

<b>Categoria Temática</b>	<b>Categoria</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
Percepções	CPI como problema de saúde pública	Se percebe como um problema de saúde ou não na região; percepções quanto as formas de manifestação da doença.
	Determinantes Sociais da Saúde	Percepções relativas aos aspectos socioeconômicos; culturais; educacionais; de acesso à saúde; saneamento; migração; trabalho; habitação; cuidado familiar.
Condutas	Promoção do acesso à atenção em saúde bucal pela equipe de Saúde da Família	Interação com a equipe a fim de criar acesso à prevenção e ao controle da CPI
	Prevenção (uso do termo prevenção por se tratar de uma doença específica – CPI – embora alcance ações de promoção e proteção da saúde)	Ações relatadas (atividades educativas, tratamento de gestantes, ATF, escovação supervisionada, recomendação de retorno periódico)
		Dificuldades relatadas (baixa procura por prevenção, baixa adesão aos programas, dificuldade de acesso aos pais, gestantes e crianças, poucos resultados das ações preventivas, alta demanda por tratamento curativo, rotatividade dos moradores).
	Potencialidades percebidas (alguma procura por prevenção, alguma adesão aos programas, alguns resultados positivos alcançados, motivação e responsabilização dos profissionais pela prevenção).	
Controle	Ações relatadas (ATF e tratamento restaurador, retorno periódico)	Dificuldades relatadas (baixa adesão dos pais ao tratamento, crianças chegam com dor e grande comprometimento, dificuldade em atender toda a demanda, falta de material de consumo, dificuldades em atender crianças de pouca idade).
		Potencialidades relatadas (conseguem atender crianças de pouca idade, prioridade para o atendimento das crianças, alguns pais valorizam o tratamento).
Sugestões	Sugestões para a redução da prevalência de CPI	Ações locais individuais e coletivas; ações intersetoriais e em âmbito estadual e/ou federal; capacitação dos profissionais (educação permanente).

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

### **5.1 Percepções sobre a CPI**

Ao propor a análise da percepção dos cirurgiões-dentistas acerca da CPI houve um desafio quanto a sua compreensão. Partindo da discussão da filosofia moderna, apoiada na teoria do conhecimento, buscou-se compreender a relação entre o pensamento e as coisas, a consciência e a realidade, o sujeito e o objeto do conhecimento. Marilena Chaui (2000) apresentou, de forma didática, as concepções filosóficas sobre o conhecimento, onde,

Do ponto de vista da teoria do conhecimento, a consciência é uma atividade sensível e intelectual dotada do poder de análise, síntese e representação. É o sujeito. Reconhece-se como diferente dos objetos, cria e descobre significações, institui sentidos, elabora conceitos, ideias, juízos e teorias. É dotado de capacidade para conhecer-se a si mesmo no ato do conhecimento, ou seja, é capaz de reflexão. É saber de si e saber sobre o mundo, manifestando-se como sujeito percebedor, imaginante, memorioso, falante e pensante. É o entendimento propriamente dito (CHAUI, 2000, pag. 148).

Chaui (2000) acrescentou que perceber, lembrar, imaginar, falar, refletir e pensar é atos da consciência e o “sujeito do conhecimento é aquele que reflete sobre as relações entre atos e significações e conhece a estrutura formada por eles (a percepção, a imaginação, a memória, a linguagem, o pensamento)” (p. 150). A percepção, então, é uma conduta vital de interpretação do mundo, a partir da relação entre o corpo e o mundo percebido, e envolve a personalidade, a história pessoal e a afetividade (desejos e paixões).

Ainda, segundo Chaui (2000) é importante acrescentar que,

A percepção se realiza num campo perceptivo e o percebido não está “deformado” por nada, pois ver não é fazer geometria nem física. Não há ilusões na percepção; perceber é diferente de pensar e não uma forma inferior e deformada do pensamento. A percepção não é causada pelos objetos sobre nós, nem é causada pelo nosso corpo sobre as coisas: é a relação entre elas e nós e nós e elas; uma relação possível porque elas são corpos e nós também somos corporais (p. 157).

Embora os participantes ao relatarem suas vivências e reflexões sobre a CPI tenham se utilizado de outros atos de consciência, foi adotado neste estudo o termo percepção, buscando analisar o conteúdo das falas dos profissionais, como se estivessem descrevendo uma “fotografia” situacional.

Os dados foram apresentados e discutidos partindo das respostas sobre como percebem a CPI no território da unidade de saúde em que atuam, e se a compreendem como um problema na região. Na sequência foram analisadas as características da manifestação, relativas, por exemplo, ao tipo de lesões e idade de acometimento.

E em um item seguinte foram apresentadas as referências relativas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que foram organizadas partindo dos fatores macrodeterminantes até os mais proximais ao indivíduo.

### 5.1.1 Percepção da CPI como um Problema

No âmbito da saúde coletiva, identificar um problema de saúde bucal e eleger prioridades recai, com frequência, sobre as maiores causas de incapacidade bucal, seja pela infecção, dor e sofrimento ou pelas sequelas produzidas (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Os autores apontaram a cárie como o principal problema de saúde bucal no mundo, seja em países desenvolvidos ou nos demais. Losso (2009) ainda acrescentaram que na infância, a cárie é considerada um grande problema de saúde pública sendo a doença crônica mais comum nesse período da vida.

Os participantes da pesquisa foram questionados acerca de como percebiam a CPI no território em que atuam e ainda se a viam como um problema. Apesar de qualitativo, os dados obtidos foram quantificados, em um primeiro momento, a fim de permitir uma noção da abrangência e da distribuição das respostas no espaço geográfico do município.

Dos 29 entrevistados, 19 percebiam a CPI como um problema na região e foram identificados como “P”. Alguns perceberam o problema de forma generalizada no município,

“Isso é um problema, acho que não só aqui na área, acho que em todos os bairros. Isso é uma constante” [E1], e;

“É em todo local né, que eu passei como atendimento na ESF, a gente percebe sim né, sempre constante esse aparecimento de casos né, de crianças com cárie precoce” [E20].

Os aspectos relacionados à CPI por esses profissionais (P) foram, o acometimento precoce, a alta prevalência e a grande destruição causada à dentição decídua,

“(...) mas tem muita criancinha que chega com, nessa idade até três anos com cárie, tem até assim, pequenininho, que tá em idade de erupção ainda de decíduo e tem cárie” [E3];

“(...) dificilmente cê pega uma criança aqui de 0 a 5 anos aqui que não tem uma cárie, aqui dificilmente” [E7] e;

“(...) eu já atendi crianças com dois anos com cárie, tem um menininho de três anos que eu já fiz pulpotomia, eu tô com um aqui, que veio hoje, também que é no mínimo umas quatro pulpotomias” [E2].

Sete entrevistados não consideraram a CPI como um problema na área da unidade em que atuam e foram identificados como “NP”,

“Não, não! É bem raro quando as crianças aparecem aqui” [E12].

Nesta fala, a expressão “não, não” se refere diretamente à pergunta: “percebe como um problema na região?”. Esses profissionais (NP) atribuíram as respostas ao baixo índice ou prevalência de cárie, à predominância da população adulta e idosa na região, e a baixa presença de crianças na unidade,

“(...) meu índice de cárie aqui, não acho que seja tão alto” [E11], e;

“Na região aqui não é tanto porque a característica do bairro é um bairro mais antigo, onde a predominância é de população mais adulta e idosa, então o público infantil é menor, né, tanto de bebês e crianças” [E18].

Em três entrevistas não ficou explícito se o participante percebia ou não a CPI como um problema na área. Destes um iniciou falando da relação da CPI com os DSS e não deu uma resposta clara sobre a situação em sua área. A questão não foi retomada. Em outra entrevista a fala foi direcionada para o pequeno volume de crianças atendidas e desta forma não poderia dar uma resposta à questão,

“Hum! Olha as crianças que procuram a unidade são poucas, a gente não tem escola na área, não tem creche na área, então o contato que eu tenho é com quem procura aqui no dia da pesagem, como são poucas crianças que tem bolsa família nessa área...” [E22].

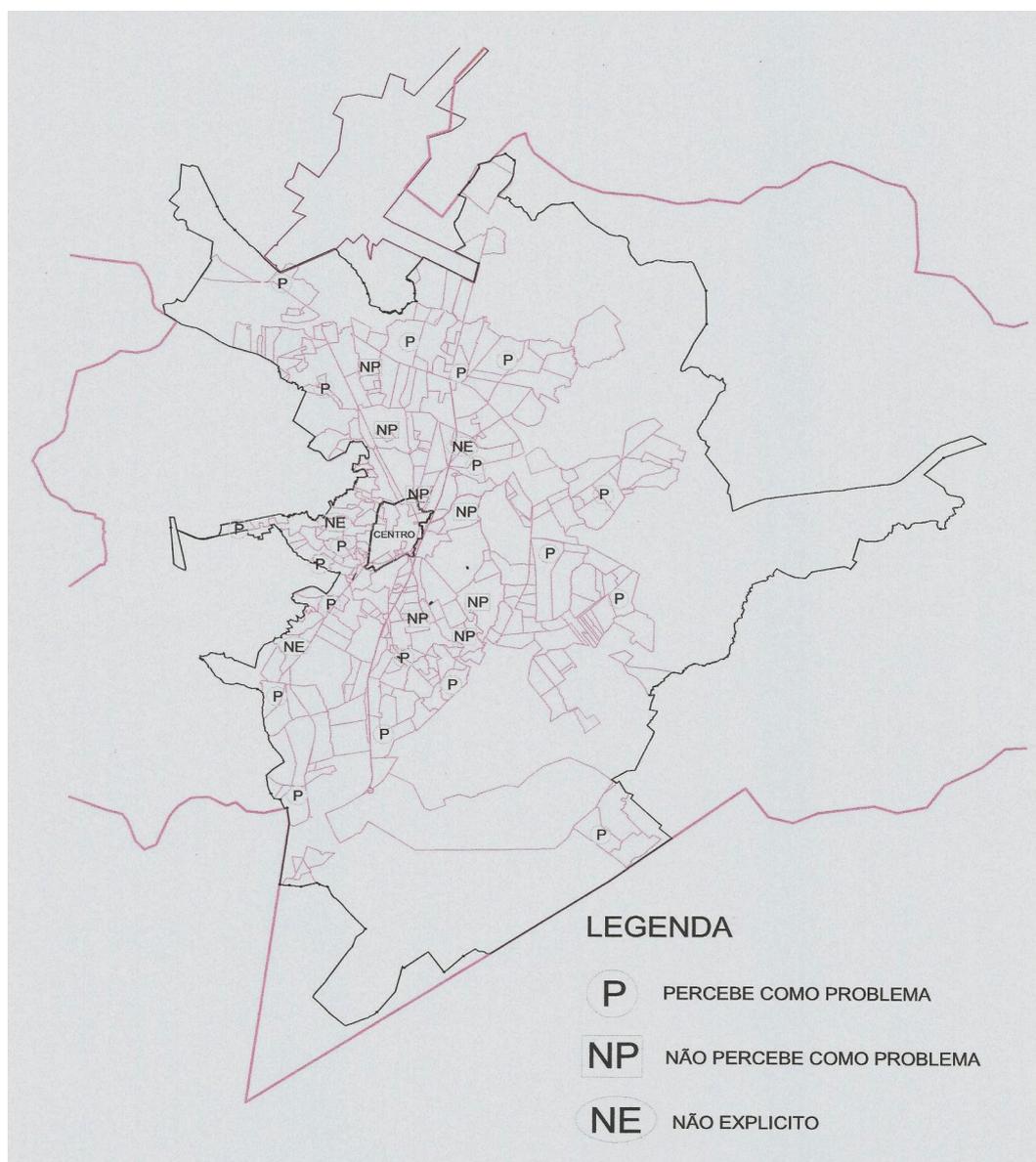
A fim de esclarecer melhor foi questionado se o bairro tem muita criança, e se achava que as crianças não estavam tendo cárie ou se tinham cárie e não procuravam por atendimento, respondeu,

“(...) eu acho que tem criança sim, só que elas não estudam na área porque não tem escola na área” [E22], e;

“Eu acho que tem (cárie) e não busca, falta de informação apesar das pessoas terem um pouco mais de instrução uma boa parte aqui, eh, nesse sentido de odontologia as pessoas não sabem muita coisa não, dente de leite pode perder, não tem nada não, vem aqui pra arrancar restinho de dente” [E22].

Percebeu-se que o profissional não tem conhecimento embasado por dados sobre a respeito da população adstrita, e também permitiu pensar em limitação de acesso dessas crianças aos serviços de saúde bucal existentes. Esses aspectos foram discutidos mais adiante.

**Figura 1** – Distribuição das respostas no mapa do município.



Fonte: Secretaria de Planejamento do município.

Na terceira entrevista o profissional expressou a dificuldade em responder por não conseguir acompanhar a população devido à alta rotatividade da população,

“Na região eu não posso te dizer, porque o que está acontecendo realmente é uma população muito nômade que tá tendo” [E28].

A localização e distribuição dessas respostas dentro do espaço geográfico da cidade foram representadas na Figura 1. Foi possível visualizar que as áreas mais periféricas, próximas aos limites da área urbana, compreenderam as áreas em que os profissionais descreveram a CPI como um problema (P). Em contrapartida, a maior parte das áreas em que os profissionais não percebem a CPI como um problema (NP) se encontram próximas ao centro da cidade e de certa forma agrupadas.

Por serem essas áreas (NP) mais próximas ao centro urbano, há uma tendência de serem ocupações mais antigas e possivelmente por moradores antigos, com menor presença de crianças, como relatado pelo entrevistado E18.

Narvai e Frazão (2008) apresentaram que um problema de saúde passa a ser percebido como um problema de saúde pública quando constitui causa de morbidade e mortalidade, se existem métodos eficazes de prevenção e controle, e quando esses métodos não estão sendo adequadamente utilizados.

Estudos como os de Losso et al (2009) e Feitosa e Colares (2003) apontaram o fato da CPI ser passível de prevenção e os impactos da doença na qualidade de vida das crianças. Portanto, tomando como base esses autores, se a maior parte dos profissionais relatou que a CPI vem atingindo um grande número de crianças e causando grande comprometimento embora existam métodos de prevenção preconizados, a partir dessas percepções, a CPI pode ser considerada como um problema de saúde pública no município, embora para ser considerada como uma prioridade, outros aspectos devem ser avaliados.

Dentre eles Narvai e Frazão (2008) citam, além do número de pessoas atingidas e da gravidade do dano, a eficiência e efetividade de medidas, o custo per capita e o interesse e valor atribuído pela comunidade. Aspectos esses que este estudo não abrangeu.

No entanto, conforme apontado por Borges et al (2012) a presença da CPI deve ser considerada um preditor de cárie na dentição permanente. Assim, a criança que não

foi exposta à cárie na dentição decídua terá menor risco de desenvolver a doença na dentição permanente, minimizando-se as possíveis sequelas e gastos futuros com a reabilitação, e ainda indicando melhor qualidade de vida aos indivíduos ao longo da vida. Talvez priorizar a prevenção e controle da CPI como política pública, possa refletir em maior acesso à saúde bucal para as próximas gerações, com menores custos.

Deve-se pensar também na implementação de políticas ou programas, diante das situações específicas encontradas em cada contexto. Os programas de cobertura nacional ou estadual geralmente trabalham com levantamentos e dados quantitativos capazes de generalizar. É o caso do SB Brasil 2010, que demonstrou a grande prevalência de cárie em crianças aos 5 anos de idade, atingindo mais de 50% dessas crianças no país, onde 80% das lesões não estavam tratadas (BRASIL, 2012c). As políticas públicas atuais contemplam o enfrentamento do problema, através das orientações de ações de saúde bucal desde a gestação e com o acompanhamento da criança desde o nascimento, principalmente na atenção básica, com a ESF, e através dos vários programas que incluem a saúde bucal (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2018).

Porém, segundo Vaitsman (2010), a implementação de um programa raramente é realizada da maneira como foi pensado devido aos vários momentos políticos institucionais e as especificidades encontradas entre seus beneficiários, e chama a atenção para que “os profissionais que implementam um programa deveriam ser capazes de recorrer também a abordagens qualitativas, capazes de identificar e intervir sobre as relações e problemas concretos, com significados e contextos específicos” (p. 15).

Assim, os dados do SB Brasil para o município, que demonstraram mais de 50% das crianças acometidas pela doença aos cinco anos de idade em 2010 (BRASIL, 2012d), e a percepção dos profissionais no presente trabalho, indicaram a necessidade de reflexão sobre o assunto, apontando novas formas de implementação das ações no município, tornando-as mais efetivas.

O livro “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)” destacou a importância dos levantamentos epidemiológicos para conhecer o perfil das doenças bucais na região, subsidiar o planejamento de ações e avaliar o impacto das medidas adotadas (BRASIL, 2018). Esta questão foi abordada por um dos profissionais que

não considera o índice e a prevalência de CPI como alto e questiona a validade de sua percepção por não estar embasada em dados levantados, e sim na baixa frequência de atendimentos realizados em crianças de zero a cinco anos,

“Aqui meu número é muito restrito, muito pouco mesmo, então acho que isso mesmo pode interferir, às vezes se a gente calcular uma proporção do número de crianças que existem, com as que têm cárie, talvez é uma proporção alta também e por ser poucos, a gente acha que é pouco né” [E11]

Apareceu também na E22 (NE), citada anteriormente, quando o profissional acha que as crianças estão tendo cárie, porém não frequentavam a unidade, o que compromete o seu posicionamento sobre a questão.

Apenas dois profissionais justificaram a percepção de CPI como problema através do número ou porcentagem de crianças acometidas,

“Tanto é que nessa creche que faz parte da nossa área, lá tem 115 crianças, de 115 crianças, somente 22 precisou de tratamento, a gente foi lá, fez avaliação clínica né, e dessas 120, 115 se não me engano, 22 precisou de tratamento” [E12]

As percepções subsidiadas por levantamentos podem proporcionar um conhecimento mais preciso da realidade, reduzindo possíveis distorções. A maior parte dos profissionais relatou fazer apenas levantamentos de necessidades de tratamento, através das condições, alterado e não alterado, para encaminhamento para tratamento e não utilizam esses dados como diagnóstico do perfil das doenças na região para planejamento e monitoramento das ações. Isso leva a pensar que possivelmente não exista o planejamento e a orientação por parte da gestão para que esse procedimento seja realizado de forma sistematizada no município.

Nas entrevistas, nem todos os profissionais fizeram referência às características das lesões e/ou aos dentes acometidos, porém emergiram relatos de baixo acometimento em superfícies lisa dos dentes decíduos anteriores, conhecida ainda como cárie de mamadeira<sup>6</sup>, e de maior acometimento dos dentes posteriores (molares) e das faces proximais dos dentes,

“A cárie de mamadeira quase não tenho visto, muito raro” [E6];

“São mais os dentes posteriores, raramente são dentes assim que tem esse tipo de lesão, de dentes anteriores” [E17] e;

---

<sup>6</sup> Termo utilizado anteriormente à definição de CPI devido à relação direta existente com o hábito da amamentação noturna e com alta frequência.

“(...) cárie interproximal, de fio dental, é o que a gente mais pega aqui, é interproximal” [E24].

Pareceu haver um conflito entre os relatos de acometimento precoce e baixa presença de cárie em superfície lisa de dentes anteriores. Contudo, um não anula o outro, a fala apontou para “quase não vê” não elimina a ocorrência. A valoração dada por cada profissional sobre o tema considerou a sua formação, a área de maior interesse e seus valores e expectativas. Portanto as duas visões deveriam ser consideradas. Uma ou duas crianças chegando com cárie aos dois anos pode ser considerado muito por um profissional e pouco por outro.

Tais dados indicaram também que o acometimento mais precoce dos incisivos superiores se apresentou reduzido, ou o fato das crianças chegarem à unidade de saúde tardia, já com a dentição decídua completa e exposta às determinações da cárie. Também apontou que a atenção à saúde bucal dessas crianças está tardia, não se antecipando a instalação da doença, que as ações de prevenção não estão atingindo essas crianças efetivamente e ainda, que não estão conseguindo fazer um controle através de intervenção precoce.

Em uma análise da interferência da idade de ingresso de crianças em programas públicos de odontologia para bebês, Lemos et al (2014) encontraram que crianças que foram acompanhadas pelos programas desde o período gestacional ou no primeiro ano de vida, apresentaram baixa prevalência de cárie, enquanto as que iniciaram o acompanhamento a partir do segundo ano de vida apresentaram maior prevalência. Ao analisarem a gravidade da doença, mesmo as crianças que apresentaram cárie, apresentaram as lesões em estágios iniciais, sendo, em muitos casos, possível realizar a reversão das lesões antes de apresentarem cavitação. Os autores afirmaram que “a precocidade de ingresso nos programas preventivos é fator protetor de desenvolvimento de cárie dentária, mesmo em crianças com condições socioeconômicas desfavoráveis” (p. 9).

A relação da CPI com as condições socioeconômicas e os demais DSS estiveram presentes em todas as entrevistas e foram demonstradas a seguir.

### 5.1.2 Determinantes Sociais da Saúde

Os Determinantes Sociais da Saúde impactam o comportamento individual e as escolhas de estilo de vida, levando a uma saúde melhor ou pior. Embora todos os indivíduos sofram a influência desses determinantes, alguns grupos experimentam disparidades de saúde resultantes da desigualdade de renda, *status* social, aspectos culturais e educação (TIWARI, 2018).

Esta subcategoria emergiu nas falas dos entrevistados a partir da interrogação sobre a que atribuíam à alta ou baixa ocorrência da CPI no território da unidade. Fatores socioeconômicos, culturais e relacionados ao trabalho e a educação dos pais, foram percebidos como preponderantes na adoção ou não de cuidados com a saúde bucal das crianças pelos familiares e no estilo de vida adotado pelas famílias, e conseqüentemente na forma de manifestação da CPI relatada.

Praticamente todos os DSS apresentados por Dahlgren e Whitehead foram contemplados. Pela ênfase dada pelos profissionais aos fatores macrodeterminantes da saúde como condicionantes do cuidado com saúde bucal pelas famílias, esses dados, correspondentes à camada mais distal aos indivíduos, foram expostos primeiramente, seguidos pelas condições de vida e trabalho, e por fim o estilo de vida dos indivíduos.

#### 5.1.2.1 Percepções relativas aos aspectos socioeconômicos e culturais

O alto ou baixo acometimento de CPI foi relacionado a questões socioeconômicas por 19 participantes e a questões culturais por 16, sendo que destes, 10 participantes atribuíram aos dois fatores. A referência à baixa escolaridade dos pais foi feita por nove dos entrevistados.

Vários estudos apontam as condições socioeconômicas como determinantes do desenvolvimento da cárie. Por exemplo, Peres et al (2003) verificaram em estudo transversal que das variáveis socioeconômicas avaliadas em crianças aos 6 anos, a renda familiar e a escolaridade da mãe se apresentaram significativamente associadas à cárie. Além disso, o uso de fio dental e o número de escovações diárias estiveram diretamente associados à renda mais elevada e a escolaridade materna superior a oito anos.

Boing et al (2014) também apresentaram que as condições socioeconômicas modulam a exposição aos fatores de risco, como: a alimentação cariogênica, e de proteção, além do acesso aos serviços de saúde bucal.

Os fatores socioeconômicos, como a renda e escolaridade dos pais, como determinantes da melhor ou pior condição de saúde bucal das crianças de zero a cinco anos foi percebida em várias situações,

“Olha, principalmente com poder aquisitivo, principalmente. As mães não tem orientação, hoje mesmo eu atendi uma criança de 14 anos que tá gestante, então assim, é muito, a incidência nossa aqui é, a população é muito misturada, muita gente que tem um poder aquisitivo maior, mas tem muita gente que vive a beira da miséria, então assim a gente, a realidade nossa aqui é muito divergente, muito abrangente, e principalmente nos pais que tem crianças, que tem um menor poder aquisitivo, a gente percebe a maior incidência de cárie sim, infelizmente né” [E3];

“(…) eu vejo uma diferença muito grande da época que eu atendia só particular, clínica particular, que atendia uma classe média alta, que eu atendia. Eu não via cárie nenhuma em criança pré-escolar e idade escolar, muito raramente aparecia uma cariezinha incipiente, uma coisa assim, agora destruição igual eu vejo, eu não via” [E5], e;

“Uma população muito carente, pobre, em todos os sentidos, então os pais, eu vejo, não tiveram estudo, não terminaram nem o ensino médio, tem uns que não terminaram nem o ensino fundamental, então aqui a minha área são pessoas muito pobres, que não tiveram condições de estudar e não tiveram condições de passar informação pros filhos. Então isso vem lá de trás, desde a infância dos pais, que não receberam essa informação, então eles não tem, não sabem que tem que dar essa informação pros filhos” [E2].

É possível perceber nessas falas a desigualdade de renda expondo pessoas a disparidades em saúde. Em E3 apareceu o relato da realidade vivenciada, onde a baixa renda associada à desinformação dos responsáveis deixam as crianças expostas à cárie e outras adversidades, no caso, a exposição das adolescentes à gravidez precoce.

Os profissionais descrevem a desigualdade de renda como um fator determinante na ocorrência da CPI, seja dentro da área adstrita da unidade de saúde em que trabalha ou na comparação dessa população com famílias de maior renda, atendidas na rede privada.

Nesse sentido, Buss e Pellegrini Filho (2007) descrevem o avanço nos estudos a fim de se conseguir entender as desigualdades em saúde entre os grupos populacionais. Uma determinação complexa em que não se verifica uma relação

direta de causa e efeito. Nem sempre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade como, o PIB, coincidem com os indicadores de saúde. Estudos que buscam compreender a relação entre as desigualdades nas condições de vida e as associações entre indivíduos e grupos identificam que países

com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.82).

Assim, quando dentro de uma área da cidade se encontram diferentes níveis de renda e em uma cidade a população tem serviços diferentes, destinados às populações de maior ou menor renda, como aparece na fala E5, isso demonstrou os frágeis laços de coesão social presentes na sociedade. Essa distinção entre a saúde de sociedades como maior ou menor distribuição de renda apareceu também quando dois profissionais se referiram à Alemanha, um sobre a conscientização na população deste país sobre a importância da prevenção da cárie criada a partir dos programas de saúde, e outro em que a solução para o controle da CPI seria,

“Uai, trazer a Alemanha pra cá. Mudar né, mandar... é nível cultural mesmo, latino, coisa nossa né...Difícil, e, e também isso chama-se educação... escola, e aí a medida que cê..., a pessoa não tem cultura, não tem informação” [E13].

Essa fala demonstrou mais uma vez a percepção da escolaridade como determinante e a dificuldade de se controlar doenças crônicas como a CPI dentro do contexto socioeconômico cultural brasileiro.

Algumas entrevistas mostraram ainda a percepção de que nem sempre o cuidado está associado a questões econômicas,

“Nem sempre, nem sempre tá ligado à questão econômica porque tem uma, tem, aqui, tem família que não tem e os meninos são muito bem cuidados e tem família que tem, são as mais... não cuida da criança” [E14].

Estas contradições revelaram a complexidade que envolve o tema e outros aspectos como a cultura, informação e arranjos familiares são abordados. Os aspectos culturais foram mencionados com entendimentos diversos sobre o que seria cultura.

Muitas vezes apareceram relacionada à posição econômica e escolaridade, outras a hábitos e estilo de vida, e por fim, cultura se apresentou como a permanência de crenças passadas através de gerações,

“Eu acho que entra muito cultura, sabe, cultural mesmo de, de, o jeito que cria, hábitos sabe” [E24];

“(…) as mães de nível econômico melhor, de nível cultural melhor cuidam muito melhor da saúde dos filhos, muito melhor. Porque elas entendem essa importância, elas veem essa necessidade e uma pessoa que não entende essa importância, ela não vê porque de ficar tão em cima assim” [E6];

“(…) eu acho que são duas vertentes, primeiro cultural, como aqui o pessoal é um pessoal que tem mais educação mesmo né, cê vê que, por exemplo, o pessoal, pai e mãe já tem uma faculdade, tem um emprego, o filho também já tá na escola desde cedo então, deixa de ter aquela cultura de que dente de leite eu não preciso cuidar” [E27], e;

“E a questão é cultural ainda, eu vejo muito aqui, a comunidade é formada, tem avô, avó, aquela coisa de antigamente, tem muita gente que ainda acha que dente de leite não dói, que dente de leite não tem cárie” [E9].

Esses achados coincidem com o que apresentou Chauí (2000), sendo comum o uso da palavra cultura com sentidos diferentes e muitas vezes contraditórios. Esses vários sentidos dados à cultura são apresentados já na origem dos significados aonde a noção de cultura vem do latim *colere*, que significa cultivar, tomar conta, cuidar, significa o cuidar da alma e do corpo das crianças através da educação e formação.

A partir do século XVIII, o termo cultura passou a ser compreendido como o resultado da educação e formação dos seres humanos. Com isso, mudou para o sentido de posse de conhecimentos, onde ser culto seria visto como positivo sugerindo prestígio e respeito, e ser inculto foi considerado negativo, esta visão aponta que a cultura pertence a camadas socialmente privilegiadas enquanto o inculto está ao lado do povo e do popular.

O entrevistado E24 vinculou a cultura ao cuidado, aos hábitos. O cuidar melhor ou pior depende da cultura, onde as camadas socioeconomicamente privilegiadas tendem a cuidar melhor, ter hábitos melhores, sendo que E6 atrelou cultura à dificuldade de quem tem “menor” condição para compreender a importância do cuidado em saúde bucal.

Os dois últimos trechos enfatizaram o valor dado à dentição decídua, pelo acesso que tem à informação, em E27 associada à escolaridade e em E9 à informação construída popularmente e passada através das gerações. A desinformação aliada a uma desvalorização da dentição decídua, pelo fato de ser temporária, foi em aspecto apontado por vários profissionais.

A reprodução de um comportamento de descuido com a saúde bucal na família foi vista como um traço cultural construído, que limita o acesso à atenção odontológica mesmo quando há a oferta do serviço,

“Culturalmente. Antes era o financeiro, aí é o somatório dos dois. A mãe nunca tratou dela, ela nunca tratou, isso ela vai passando pros filhos também, e ela nem aceita, - não esse dente vai trocar” [E1].

A dissociação da saúde bucal com a saúde geral foi apontada por Narvai e Frazão (2008) como um traço cultural que colocou a odontologia distante da medicina, e como algo à parte e voltada para poucos, principalmente os ricos. A falta de informação quanto à importância dos dentes para a saúde e qualidade de vida ainda persiste, e os autores chamaram a atenção para a importância dos programas de educação em saúde que divulguem os benefícios de uma prática clínica renovada e voltada para a prevenção e tratamento precoce da cárie.

Ainda sobre a influência da cultura na saúde bucal, apareceu nos dados da pesquisa à compreensão da cultura que Chaui (2000) apresenta como não vinculada a um indivíduo, mas sim à qualidade de uma coletividade, como a cultura de determinado país, que surge como algo que existe por si mesma e pode ser comparada também a partir da valoração, como superior ou inferior,

“Que o brasileiro tem o celular do ano e num tem, e é banguela, num tem nem o dente da frente, então eu acho que isso aí já vem cultural” [E8].

Foi possível perceber, nesse trecho, a generalização da cultura dita como uma cultura brasileira. A visão do Brasil como “o país campeão dos desdentados” ou “dos banguelas” foi apontada por Narvai e Frazão (2008) como uma imagem construída, e reforçada pela mídia, e uma questão ainda a ser esclarecida por estudos epidemiológicos. O que não nega a existência das perdas dentárias como um problema a ser enfrentado. Aqui, esse estereótipo, trazido pelo entrevistado E8, se apresentou com a valoração dos bens materiais na construção de uma imagem de

inserção social, e a saúde bucal e a falta de dentes como não sendo uma prioridade. Talvez o mercado e a mídia exerçam, também, papel importante sobre esse comportamento, quando apresenta a imagem de inserção social vinculada a bens como o celular, o tênis ou o carro, por exemplo, tornando-os uma prioridade para os indivíduos e famílias, deixando a saúde em um segundo plano.

Ainda cabe a reflexão sobre a visão do profissional desvalorizando o brasileiro, confirmando o dito “complexo de vira lata” de Nelson Rodrigues, como uma tendência do brasileiro em se colocar em condição de inferioridade em relação ao resto do mundo, dando ênfase às nossas mazelas e abrindo espaço ao preconceito (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

De uma forma geral, a cultura popular foi entendida como negativa. Nesse ponto Fernandez (2014) chamou a atenção para o cientificismo predominante no modelo de saúde hegemônico que entendem as práticas populares incidindo de forma negativa sobre a saúde. A divisão de classes entre os que possuem o saber (conhecimento científico-tecnológico) e são competentes, e os incompetentes que não possuem o saber é apresentado por Chauí (2014) em Ideologia da Competência. Para a autora, a universidade teria atualmente

um papel que alguns não querem desempenhar, mas que é determinante para a existência da própria universidade: criar incompetentes sociais e políticos, realizar com a cultura o que a empresa realiza com o trabalho, isto é, parcelar, fragmentar, limitar o conhecimento e impedir o pensamento, de modo a bloquear toda tentativa concreta de decisão, controle e participação, tanto no plano da produção material quanto no da produção intelectual (posição 962).

Nenhum profissional vinculou aspectos culturais com a prática odontológica hegemônica e nem houve a responsabilização a partir da forma com que estão atuando. Seria a ausência desta consciência um sinal de que, como nas indagações de Fernandez (2014), estamos fazendo saúde de forma fragmentada e sem o sujeito do cuidado, sem levar em conta a vida do indivíduo e as experiências do corpo vivido? E ainda, acomodados na reprodução de um modelo de assistência aprendido, sem refletir sobre o que se percebe nas vivências como profissional da Saúde da Família, tantas vezes citadas nas entrevistas?

### 5.1.2.2 Percepção acerca do acesso à saúde e a outros bens e serviços.

Em vários momentos questões socioeconômicas apareceram como limitadores do acesso aos serviços de saúde bucal e à alimentação saudável,

“(...) e o de acesso também, porque como é um pessoal que tem mais a, a realidade socioeconômica é melhor, ele tem mais acesso mesmo, tipo assim, se ele não consegue atendimento público ele arruma um jeito e vai no particular, entendeu. Se ele não consegue ele vai procurar outro. Lá não, lá o pessoal não tinha dinheiro nem pro ônibus, e se ele não conseguia ele deixava, né” [E27].

A relação entre os macrodeterminantes sociais da saúde e a alimentação saudável foi colocada na maior parte das vezes não limitada à CPI, mas como uma visão ampliada de saúde.

“(...) falta de recurso pra ter uma alimentação saudável, a alimentação não é boa deles, essas crianças, a gente percebe isso também, mas por fator sócio econômico, a família muitas vezes, todos os adultos estão desempregados, e vivem de trabalho esporádico, né, bicos né, na realidade, então isso aí influencia na alimentação deles” [E4].

Condições de vulnerabilidade promovidas por baixa renda, desemprego e baixo nível de educação, dificultam a autonomia das pessoas e reduzem o seu acesso à saúde, mesmo que se ampliem as redes de atenção, promovendo desigualdades nesse acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Essas condições de vulnerabilidade foram percebidas pelos profissionais, gerando desigualdades de acesso.

A fala do entrevistado E27 deixou a entender que os serviços públicos ofertados não conseguem atender a toda demanda e o acesso fica sujeito à capacidade de pagamento de cada indivíduo ou família. Ainda a resignação diante da ausência do atendimento, “se ele não conseguia ele deixava né” [E27], foi uma expressão da ausência de autonomia do sujeito em busca de seus direitos assegurados à saúde e de que acesso à saúde está para além do acesso aos serviços.

O conceito de acesso à saúde tem variado ao longo do tempo e atualmente, segundo Sanchez e Ciconelli (2012), tem sido cada vez mais discutido em termos de equidade e justiça social. Acesso à saúde tem uma dimensão maior do que acesso aos serviços de saúde e os autores encontram seu conceito calcado em

disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, cada vez mais se confunde com o conceito de equidade em saúde. A maior parte das análises e pesquisas convergem para

uma reflexão comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (p.267).

Achados da revisão de literatura sobre acesso à saúde bucal realizada por Fonseca, Fonseca e Meneghim (2017) evidenciaram a necessidade de articulação da política de saúde bucal com outros programas de saúde e com outras políticas, para a inclusão de grupos mais vulneráveis no acesso à saúde bucal a fim de aumentarem as opções para o melhor controle da saúde pelas pessoas.

Apesar da ampliação dos serviços assistenciais a partir da elaboração da PNSB em 2004, a saúde bucal no Brasil ainda não se concretizou como um direito de todos, e o vínculo entre usuários e ESB ainda se encontra comprometido. Os autores apontaram as barreiras organizacionais, técnicas, geográficas, de recursos humanos e de financiamento, como entraves ao acesso aos serviços odontológicos.

Sendo assim, a disponibilidade do serviço, embora seja importante, não é suficiente para garantir o acesso, como o profissional demonstra no seguinte trecho,

“(...) é culturalmente, antes não tinha acesso, hoje esse acesso é melhor, né, até bem melhor, vamos falar assim, muito melhor” [E1].

Aqui o aspecto cultural apareceu mais uma vez atrelado à saúde, agora como limitador do acesso, embora o profissional tenha vinculado acesso ao aumento na oferta de serviços. Mais especificamente sobre o acesso à saúde bucal, Fonseca, Fonseca e Meneghim (2017) apresentaram que para haver mudanças comportamentais e melhores resultados das ações oferecidas pelos serviços é importante compreender os fatores que constroem e potencializam o acesso à saúde bucal onde, em saúde bucal, os autores indicam haver uma tendência da compreensão de acesso como porta de entrada para o resultado do cuidado que seria um dispositivo transformador da realidade.

Essa compreensão de acesso mais vinculada ao cuidado odontológico foi também manifestada quando se referiram a migração de pessoas da região Norte e Nordeste do país para a área de atuação do profissional.

O município é considerado um polo industrial e importante centro logístico do Centro-Oeste brasileiro, apresentando um recente aumento nas oportunidades de trabalho<sup>7</sup>. Os dentistas relataram essa migração como um fenômeno importante no território pela pior condição de saúde bucal encontrada nessas pessoas,

“(...) eu percebo, também, o número de pessoas que não são do estado de Goiás aqui, eu atendo muito paraense, piauiense, maranhense, tocantinense, maioria ense assim, num sei porque coincidiu, mas assim, o pessoal de fora, que vem já no consultório assim com a criança com muita necessidade de tratamento, já um estado avançado do processo da cárie” [E4], e;

“(...) então só assim, só aquela mãe mesmo que às vezes mudou recentemente, e aqui tem muito assim, gente que vem do Pará, do Maranhão né, então quando eles vêm, eu acho que eles nunca viram dentista na vida, quando vem ele tá tudo estourado” [E16].

Esse resultado confirmaram os dados encontrados no SB Brasil 2010, onde a proporção de dentes decíduos cariados aos cinco anos de idade é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste do país, embora o Centro-Oeste esteja incluído entre as regiões que apresentam maior número de lesões com necessidade de tratamento. Os resultados apontaram ainda o maior ataque de cárie combinado ao menor acesso aos serviços odontológicos na região Nordeste (BRASIL, 2012c).

A área a que se refere o entrevistado E16 correspondeu a que a CPI não é percebida como problema (NP) (Figura 1) e a migração aparece então, como um problema, já que as crianças que são acompanhadas desde o nascimento não apresentam cárie e as que estão chegando ao território tem apresentado grande comprometimento. A discussão desse fenômeno, percebido como uma característica local, parece importante para a construção e implementação de ações que visem o acolhimento e acesso dessas famílias aos serviços de saúde bucal no município e conseqüentemente, a redução dessas disparidades. Além do enfrentamento no nível federal, visando a equidade e a ampliação do acesso à saúde bucal nessas regiões.

Ainda nessa linha de raciocínio, rotatividade da população dentro do território também foi apontada como um problema, dificultando a execução dos programas e acompanhamento das famílias,

“Na região eu não posso te dizer porque, o que tá acontecendo realmente, é uma população muito nômade que está tendo (no município), então hoje você não tem como fazer uma Estratégia de

---

<sup>7</sup> Dados disponíveis em: <http://www.anapolis.go.gov.br/portal/anapolis/economia/> . Acesso em: 25/08/2018.

Saúde da Família seguindo a família, porque no mesmo dia que eles estão aqui eles já mudaram pra outro bairro, pra outra cidade, normalmente são pessoas pobres, pobres, que vem do Maranhão, Piauí, que chegam muito na região” [E28].

Este fenômeno é influenciado por problema habitacional, ligado ao déficit de moradia, a instabilidade de emprego, de mobilidade, e compromete a longitudinalidade, um dos principais atributos da AB e da Saúde da Família, uma vez que não permite à equipe “acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade” (BRASIL, 2011, p. 32).

O acesso à água tratada e fluoretada não foi percebida como problema em nenhuma entrevista, o município está coberto pelo serviço e mesmo as casas que utilizam água de cisterna, os profissionais justificam que as crianças têm acesso ao flúor através da pasta de dente,

“(...) é fluoretada. A pasta tem flúor, hoje todas as pastas são fluoretadas. Nesse ponto aí, na filtragem que eles usam, mesmo que o filtro seja de barro, tudo, isso não é fator agravante não... Tá coberto. Muitas vezes passa (flúor tópico), num é em toda situação que é indicado passar, né, então é bem coberto” [E1], e;

“Tem casa aí que tem a cisterna, né, que eles fazem, mas, tem, tem, tem, água certinho (...). Não, não, assim, esse flúor que vem na água, eu acho que assim, é importante, claro, mas uma população com tanta carência, falta de informação, não é suficiente, né, tem que ter outras coisas, né” [E2].

A fluoretação da água de abastecimento é considerada um método eficaz de prevenção da cárie dentária, apresentando um poder preventivo em torno de 40% a 70% em crianças e ainda um efeito relevante em populações com maior carga da doença. Este método juntamente com a comercialização de dentifício fluoretado são os principais métodos preventivos contra a cárie (CRUZ; NARVAI, 2018).

A cobertura da fluoretação da água no município e o efeito halo promovido pelo consumo da água fluoretada em ambiente escolar e em produtos industrializados, no caso das famílias que consomem água de cisterna no domicílio, além de outras fontes de flúor tópico, pode justificar a pouca relevância dada nas entrevistas a este método, percebendo que o fator de proteção do flúor se encontra presente e acessível a toda a população. Quanto a presença de água encanada ao nascimento, o estudo de Peres et al (2003) não encontrou significância estatística com o desenvolvimento de cárie.

Porém Ardenghi, Piovesan e Antunes (2013), encontraram associação entre os índices de cárie aos cinco anos de idade com a adição de flúor à água de abastecimento no Brasil, e apontaram a relevância da medida para atenuar as desigualdades em saúde entre os estratos socioeconômicos. Os autores chegaram a esse resultado a partir dos dados fornecidos pelo SB Brasil 2010, e encontrou uma prevalência de desfecho significativamente menos elevada em municípios que promoviam a fluoretação da água de abastecimento.

Para confirmar ou contrapor essa percepção dos entrevistados uma investigação mais apurada da prevalência de CPI entre crianças que consomem água tratada e fluoretada em sua residência e entre as que consomem água de cisterna seria recomendada.

Contradições ainda surgiram no conteúdo manifesto sobre a influência dos macrodeterminantes sobre os determinantes mais proximais, correspondentes principalmente ao estilo de vida, hábitos alimentares e de higiene bucal. Especificamente sobre higiene bucal foi dito,

“Aqui o perfil socioeconômico é muito baixo, eles não tem condições de comprar uma escova, um fio dental, um creme dental, então eles dão prioridade pro alimento, e aí isso acaba interferindo” [E29];

“Deve ser cultural mesmo. Porque ninguém num reclama – Ah não tenho dinheiro pra comprar uma pasta de dente, num tenho dinheiro pra comprar um fio dental, num tenho dinheiro pra comprar uma escova. Cê pergunta: - Cês tem fio dental, vocês usam? Tem, uns usam, outros tem, mas não usam... Não tem é o cuidado mesmo, é o interesse mesmo, né” [E5], e;

“Eu acho que não seja fator socioeconômico não, em relação à prevenção não, porque a unidade fornece kit escovação né, então (...) ah! Eu não tenho uma pasta, eu não tenho uma escova! Acho que isso aí não seria justificativa” [E15].

Embora os profissionais tenham demonstrado uma compreensão de fatores socioeconômico e culturais influenciando hábitos identificou-se uma tendência em manter o foco nos fatores proximais e na maior responsabilização do indivíduo. Fato este que pode comprometer a equidade na atenção.

Ainda que as correlações entre os determinantes estruturais sejam vistos como centrais para explicar as desigualdades em saúde bucal (Baker et al., 2018), alertam para a prioridade que tem sido dada aos estudos dos fatores de risco individuais ou familiares, mantendo os pesquisadores e profissionais, prisioneiros da proximidade.

Estudo desenvolvido por esses autores mostrou que medidas macroeconômicas de emprego, PIB *per capita* e desigualdade de renda, e de políticas sociais demonstraram forte e consistente relação com a experiência de cárie em crianças. Nessa mesma linha de pensamento, Buss e Pellegrini Filho (2007), quando apresentam os DSS em camadas, fizeram uma reflexão sobre os comportamentos, onde embora estejam posicionados próximos das características individuais e muitas vezes são entendidos como de responsabilidade individual, pelo livre arbítrio das pessoas e,

na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. (p. 83).

Sobre essa complexidade em se pensar intervenções em saúde diante dos conhecimentos apresentados pelos estudos dos DSS, Souza, Silva e Silva (2013) chamaram a atenção de que, se os fatores biológicos são os menos decisivos para a saúde dos indivíduos de classes sociais menos favorecidas, e sendo os macrodeterminantes os mais significativos para as iniquidades, discutir o modo de produção imposto pelo capital, os efeitos da globalização e outros aspectos que impõem empecilhos ao desenvolvimento econômico nos países em desenvolvimento, são fundamentais.

Não foi proposta uma discussão profunda sobre isso, mas trazer o questionamento sobre a posição do profissional de saúde bucal diante de toda essa complexidade e, tendo como atribuição a promoção e proteção da saúde bucal (visando à saúde geral e qualidade de vida) junto à equipe da ESF. Para a PNSB, a ESF é socialmente sensível ao colocar os profissionais frente a frente com a realidade de vida das pessoas, “possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários” (BRASIL, 2004, p.15).

Porém, é um grande desafio o enfrentamento dessas adversidades, que exige além da sensibilidade social, discussões entre os vários atores envolvidos, nos vários níveis, incluindo os usuários, a intersetorialidade e a formulação de estratégias que sejam eficientes dentro deste contexto macro e com poder de atuação limitado aos determinantes mais proximais.

Os resultados deste estudo demonstraram que os cirurgiões-dentistas estão sensíveis aos macrodeterminantes e sua correlação com a cárie na primeira infância. Essa sensibilidade às desigualdades e vulnerabilidades encontradas nas comunidades, afetam os profissionais e alguns manifestaram seus sentimentos frente à realidade percebida, porém aparece pouco a percepção da limitação da intervenção do profissional diante da complexidade do tema. Foi citada diretamente apenas por um profissional,

“(...) um envolvimento que não, não é simples de controlar, não depende tão diretamente da intervenção” [E1].

Os aspectos mais proximais com foco no indivíduo e na família foram bastante enfatizados e foram descritos a seguir.

#### 5.1.2.3 Percepção sobre cuidado familiar

O final do século XX é marcado por uma visão ampliada de saúde, por discussões sobre a necessidade de se promover saúde e implementar políticas públicas dirigidas à coletividade. Nesse contexto, a PNPS, segundo Rangel (2010), priorizou ações envolvendo aspectos diretamente relacionados à saúde da família e de seus membros. Também a PNSB, desde a sua formulação de 2004, apresentou como dever das equipes de saúde, o esforço em estimular práticas de autocuidado e autonomia às pessoas, famílias e comunidades (BRASIL, 2004).

O trabalho na ESF aproxima os profissionais da realidade das pessoas e das famílias e, dentro das características de precocidade da CPI torna-se difícil pensá-la na ESF sem pensar em como a saúde bucal foi vivenciada dentro da própria família. Por serem os bebês e as crianças em idade pré-escolar dependentes de um adulto, a relação direta entre cuidado dos responsáveis com as crianças e a respectiva condição de saúde bucal tende a apresentar uma relação positiva. A percepção da presença CPI devido à falta de cuidado dos pais ou outros cuidadores apareceu explicitamente em 21 entrevistas, muitas vezes enfatizando a falta de cuidado precoce e, também, relacionada aos cuidados com a higiene geral da criança,

“Descuido dos pais, eu acredito que é” [E17];

“No bebê já, que a falta de cuidado já tá bem grande, já a ponto de tá desenvolvendo a cárie” [E14], e;

“Então assim, é da mesma maneira que cê vê criança que tá com a unha imensa, suja né, porque tudo isso exige cuidado e exige tempo né, então eu acho que mais é cultural mesmo né, é essa questão de não ter aquele cuidado todo com a criança, às vezes cê tá vendo que tá com piolho, tá com lêmnea, tá com a unha comprida, suja né, então assim, é uma série de cuidados” [E20].

A fala do entrevistado E20 apresentou uma visão do cuidado com a criança além do direcionado apenas à saúde bucal. Como a saúde bucal está diretamente correlacionada à saúde geral, Castilho et al (2013) pontuaram que o risco de uma criança desenvolver doenças bucais são tão altos quanto o risco de desenvolverem outras doenças em geral, portanto, comunidades que prezam pela saúde bucal geram crianças mais saudáveis. Como as crianças vivem em famílias e essas em comunidades, o cuidado tende a se reproduzir sob a influência dos valores existentes nessa comunidade. Talvez essa compreensão justifique a distinção do cuidado entre diferentes classes sociais,

“(...) as mães de classe média elas são, elas não têm essa dúvida, elas sabem que o dente de leite precisa de um cuidado, elas tem essa disponibilidade do cuidado” [E9], e;

“(...) tratam o filho tão bem quanto se fosse uma mãe de uma, de uma condição socioeconômica melhor, e tenho daquela que não cuida de jeito nenhum, então eu tenho de tudo, mas o universo maior é a que cuida mal” [E6].

Quando o profissional falou que as mães “não têm essa dúvida” pareceram compreender que as mães de classe média dão significado à importância da dentição decídua para a qualidade de vida de seus filhos, o que promoveria a disponibilização para o cuidado.

Em E6, embora existisse a percepção da influência da classe social sobre o comportamento, não é apresentada uma generalização tão evidente dentro da região em que o profissional atua. Mas podemos perceber nessas falas uma tendência a perceber o cuidado na família como responsabilidade da mulher e dentro de uma visão de família ideal, em um molde convencional, abrindo margem ao preconceito ao que foge desse padrão, o que é atribuído a uma questão de classe.

Há ainda uma tendência de generalizar a prescrição de hábitos e de cuidado, sem contextualizar e refletir sobre a realidade de cada família.

Talvez isso reflita a complexidade do tema e a necessidade de educação continuada que aborde reflexões sobre a família enquanto espaço de cuidado e de atuação dos profissionais de saúde, diante da diversidade de organização familiar existente, fruto das transformações vivenciadas dentro da estruturação da família ao longo da história.

A família tem se apresentado como campo de estudo para várias ciências, principalmente a antropologia, sociologia e psicologia, que tentam dar conta de seu contexto e complexidade enquanto instituição social. No Brasil, a inclusão das famílias nas políticas sociais e de saúde pública ampliou a sua visibilidade e demandam debates e análises que a compreendam como um espaço onde se produz práticas e significados que envolvem saúde, doença e cuidado (TRAD, 2010; RANGEL, 2010).

Para Rangel (2010), tomar a família como objeto de ação requer que se considerem as influências sofridas pelo contexto econômico, político e cultural na qual se insere. Transformações advindas de fatos como a inserção da mulher ao mercado de trabalho e a redefinição dos papéis de gênero, tem levado a coexistência de vários arranjos familiares desde a tradicional família nuclear, a família extensa, unilateral, monoparental, predominando aí a monoparental feminina. Porém, mesmo nesse universo cheio de contradições e ambiguidades, a autora chamou atenção para que a família se preserve como um espaço de sobrevivência e proteção.

A manutenção econômica da família exige, muitas vezes, a inserção dos adultos ao mercado de trabalho, sejam nas famílias nucleares, onde o pai e a mãe trabalham, seja nas monoparentais. Este contexto aparece como um aspecto limitador do cuidado, tanto pela falta de tempo disponível como pelo cansaço promovido pela dupla jornada,

“(…) muitos também a questão que eu acho que no Brasil é demais, os pais trabalham fora, não tem tempo pros filhos, de tá olhando, tá cuidando” [E23], e;

“Porque não tem tempo, trabalha demais e aí chega em casa não consegue passar, né, ter um tempo pros filhos, olhar pra ver se tá escovando ou não, ou deixa com vó, deixa com tio, então, num tem, a gente tem muito desse problema aqui. Os pais não tem cuidado não” [E10].

Além de redução no tempo de convivência entre pais e filhos, E10 ainda acrescentou um dado muito referido que foi a necessidade de contar com o apoio de

terceiros para o cuidado com os filhos. Foram citados os vizinhos e parentes como cuidadores, tendo predominado a referência aos avós cuidando de netos.

Nos relatos sobre essas alternativas para a promoção de espaços de proteção e sobrevivência, embora tenha aparecidos algumas divergências, predominaram a ideia de que outros cuidadores, que não os pais, têm menor controle sobre esses cuidados, basicamente relativos aos hábitos de higiene e alimentação,

“(...) eles tem uns hábitos que, doce demais, horário, que não tem muito horário porque os pais trabalham fora, aí é cuidado pela avó, por outra pessoa, então não tem essa rotina né. Então eu acho que isso influencia sim na incidência precoce” [E15];

“Principalmente os netos, crianças com vó, crianças com mãe geralmente elas são, elas tem uma higiene melhor. Crianças com as avós a gente percebe mais índice de cárie” [E11], e;

“(...) eles passam a tarde com a avó, e ali na casa avó tudo é permitido né” [E6].

Essa percepção confirmou os achados de Hanna, Nogueira e Honda (2007) de que as avós que assumem a responsabilidade pelo cuidado com os netos, algumas relegam esse cuidado a um segundo plano, não colocando em prática as orientações recebidas quanto ao cuidado, enquanto as orientações maternas tem sido um meio efetivo de se prevenir a CPI.

Estudo de Peres et al (2003), apresentou que a pré-escola desempenhou um papel protetor quanto a cárie dentária, associando esse fator principalmente a adoção de comportamentos mais favoráveis à saúde bucal, a partir do ambiente e da socialização que ele proporciona. Além do fator protetor encontrado pelos autores citados, é possível pensar ainda que a pré-escola oferece oportunidade para que os profissionais tenham acesso às crianças, através do PSE.

O foco dado pelos dentistas à família e ao cuidado confirma a necessidade de se trabalhar a família através de seu empoderamento e promovendo o autocuidado. O acesso à informação é importante nesse processo e é percebida em,

“(...) a minha preocupação hoje é levar informação pra comunidade primeiro, porque não adianta você fazer um trabalho curativo, e cê vem cá, arruma o dente, ele volta pra casa e continua a mesma rotina, né, doce e não escova, então cê tem que levar informação e tem que começar pela base” [E2].

Nesse sentido Fernandes (2010), em uma discussão sobre a importância das crianças para a sociedade, apresentaram que uma das funções da criança para a visibilidade da família atualmente, é favorecer uma movimentação nessas famílias a partir de suas demandas.

Assim, quando uma criança apresenta CPI a ponto de interferir com a estabilidade da família, levando à busca pelo serviço de saúde bucal, este momento se torna uma janela de oportunidade para que o profissional e a equipe acolham essa demanda, compreendam a dinâmica e as necessidades dessa família e trabalhe a educação em saúde a fim de influenciar a organização do cuidado dentro da realidade vivida.

De uma forma geral, nota-se que os profissionais estão relatando um estilo de vida adotado pelas famílias que expõe as crianças ao maior risco de adoecer, no caso, de desenvolverem a CPI, e, embora tenham consciência dos DSS mais distais interferindo sobre o modo de vida dessas famílias, existe uma tendência a enfatizarem os determinantes mais proximais, com a responsabilização dos pais ou demais cuidadores pelo adoecimento.

Nesse sentido, Rangel (2010), chamou a atenção para a cautela que se deve ter sobre a noção de autonomia dos sujeitos. O empoderamento das famílias pode ser usado, através de discursos ideológicos, para repassar aos indivíduos e grupos a responsabilidade de cuidarem sozinhas de seus próprios problemas, reduzindo as responsabilidades do estado, e também dos profissionais de saúde. A autora apresenta ainda que são

muitas as políticas públicas dirigidas à família e suas condições de vida, entre elas as de saúde. A análise do potencial das estratégias de promoção da saúde dirigidas à família requer que se considere, de um lado, o que é a família e, de outro, como as políticas de saúde, em sua dimensão formal e prática, a elas se dirigem, tendo em conta as profundas transformações da sociedade contemporânea que a afetaram (RANGEL, 2010, p. 164).

Os programas de saúde, embora sejam imprescindíveis para aliviar as necessidades de populações em condição de vulnerabilidade, são limitados frente ao imperativo de políticas mais abrangentes, que impactem sobre os determinantes estruturais (RANGEL, 2010).

A complexidade presente no tema família e saúde, envolvendo tantos aspectos, muitas vezes parecem estar além da competência e ação local do cirurgião-dentista na Saúde da Família, e está presente na percepção destes profissionais,

“É muito complexo esse relacionamento, pai, filho e dentição decídua” [E1].

## **5.2 Condutas voltadas à Prevenção e ao Controle da CPI**

O processo saúde-doença na boca é assinalado por um complexo causal que envolve muitas variáveis. Embora os níveis de saúde bucal de populações distintas sejam definidos fora do âmbito clínico-cirúrgico, algumas dessas variáveis são de competência dos profissionais de saúde e ainda um menor número se relaciona diretamente a assistência odontológica propriamente dita (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Na intenção de responder aos objetivos da pesquisa sobre identificação das ações preventivas e de controle da CPI realizadas, as potencialidades e limitações percebidas pelos cirurgiões-dentistas nessas condutas, e a interação com a equipe a fim de se criar acesso e realizar as ações, as entrevistas contemplaram questões a respeito das condutas que têm sido adotadas e ainda, de como têm percebido a execução e os resultados dessas atividades, sejam elas parte de programas de Promoção da Saúde Bucal ou não.

Com a finalidade de organização do material coletado as condutas foram divididas entre as voltadas à prevenção ou ao controle da CPI. Para Rangel (2010),

prevenir significa chegar antes de; impedir que algo se realize; preparar-se para algo que pode acontecer. A prevenção estaria voltada para doenças ou riscos. As ações são, portanto, antecipadas ao dano, baseadas no conhecimento da história natural da doença para tornar seu progresso improvável. São medidas específicas, voltadas para o indivíduo, com base no conhecimento epidemiológico e fundamentam o controle e redução do risco de doenças e agravos. Desse modo, elaboram-se programas e projetos de prevenção e educação e recomendações normativas, cientificamente informados, acerca dos agentes e mecanismos causais dos danos no nível individual (p. 158).

O termo controle adotado neste trabalho corresponde a ações realizadas quando a doença já se encontra presente, em qualquer nível, com o objetivo de limitar danos e restabelecer a qualidade de vida à criança, quando esta se encontra comprometida pela cárie. É importante salientar que embora os termos prevenção e controle sejam distintos eles se interagem em várias situações. Ações como educação em saúde,

visando hábitos saudáveis de alimentação e higiene, o uso tópico de flúor, coletivo ou individual, podem estar voltados tanto para a prevenção quanto para o controle, porém serão discutidos quanto à prevenção, ficando o controle voltado prioritariamente para o atendimento clínico, não como forma de desvalorizar essas ações quando destinadas ao controle, mas como organização da apresentação e discussão dos resultados.

A interação com a equipe com finalidade de criar acesso e de desenvolver ações interdisciplinares será discutida em um primeiro momento, abrangendo a atenção em saúde bucal voltada para a prevenção e para o controle da CPI.

### 5.2.1 Organização da Equipe para Promover o Acesso Precoce em Saúde Bucal

Na Atenção Básica o trabalho em equipe é apontado como fundamental, sendo todos os profissionais da equipe responsáveis e atores envolvidos no processo do cuidado. A equipe de saúde deve atuar de forma articulada encaminhando a gestante para a consulta odontológica assim que inicia o pré-natal e as ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2018).

Diante desta orientação de trabalho multi e interdisciplinar, preconizado na Saúde da Família, essa categoria foi apresentada com o foco em como os profissionais tem vivenciado a interação com a equipe e como essa interação pode repercutir no acesso precoce das crianças à atenção em saúde bucal.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apresentam o acesso aos serviços em dois componentes, o acesso geográfico e o acesso sócio-organizacional que inclui,

aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta e a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso. O mesmo ocorre com: as horas de disponibilidade da unidade de saúde; a oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a unidade de saúde não está disponível (BRASIL, 2018, p. 75).

Quanto à organização das equipes o Caderno 17 já reconhecia que,

esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas (BRASIL, 2008, p. 18).

Percebeu-se que esse desafio tem sido vivenciado pelos profissionais, muitas vezes, com conflitos e acomodações que impedem a plena realização das atividades, comprometendo o acesso das crianças e de seus familiares à atenção em saúde bucal. Os relatos vão desde uma atuação harmônica e em sintonia até equipes de saúde bucal que trabalham isoladas, essas dificuldades em se trabalhar conjuntamente muitas vezes são acentuadas pela estrutura física da unidade que localiza a saúde bucal isolada das demais áreas. Predominaram as equipes que tem dificuldade de planejamento e implantação dos serviços de acordo com o preconizado.

“(...) a gente faz um acompanhamento completo mesmo, vacinal, peso, altura, nutrição e comigo, e agenda pra passar pelo médico... no caso a unidade é bem coesa nesse sentido” [E9], e;

“(...) é muito complicado aqui, o funcionamento, a integração da equipe. Não tem grupo de gestante, não tem grupo na unidade, o único que tem é o da pesagem e é um período, a gente não consegue reunir todo mundo” [E22].

Esses dados correspondem aos encontrados por Mattos et al (2014), onde menos de 30% dos dentistas afirmaram sempre realizar ações articuladas entre a ESB e os outros profissionais da ESF. Moyses (2009), citando Severo e Seminotti, relatou o contexto paradoxal existente atualmente no campo da saúde onde,

ocorre a inter-relação entre diferentes conceitos e lógicas, como saúde coletiva e clínica, saúde e doença, normal e patológico, indivíduo e coletivo, sujeito e objeto, pensamento e ação, teoria e prática, concreto e abstrato, determinantes sociais e fatores de ordem subjetiva e biológica, atribuição institucional de responsabilidade e autonomia profissional, disciplina e transdisciplinar. Essa prática segmentada que aparece no processo de trabalho interprofissional das equipes colide com a possibilidade da integralidade, um dos princípios orientadores do SUS. Assim, nessa construção de ações, projetos e serviços na coletividade, o processo de trabalho exige dos trabalhadores a convivência com distintos saberes e poderes peculiares às relações interprofissionais. Esta prática gera no trabalhador e, conseqüentemente no usuário, sentimentos de dissociação e desagregação, pois o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos (p. 66).

Talvez esse contexto justifique as várias contradições e frustrações presentes no conteúdo manifesto, fruto dos conflitos não mediados que comprometem a integralidade da atenção,

“Neste posto, completamente, completamente unidos, e até o pessoal do NASF que vem na semana, nós somos bem sintonizados” [E28];

“É complicado. Eu precisaria de uns agentes comunitários de saúde eficientes porque se cada um tem uma família, ele deveria entrar nessa família e olhar a situação das crianças e trazer pra cá, agora eu te pergunto, fazem isso na sua área? (...) E quem é a ponta? Eu? Não, a ponta da ponta é o ACS, eu sou a ponta, mas a ponta da ponta é o ACS, pelo que eles querem fazer, o sonho do SUS maravilhoso seria esse, a ponta da ponta busca o paciente pra mim, pra mim” [E28], e;

“Você sabe o que é você perder a vontade. Quando eu entrei eu era tão animada com atividade educativa, ia na casa das pessoas procurar os meninos, eu era muito animada com isso, mas sabe você pensa em fazer uma coisa, cê chega ali já tem alguém que joga um balde de água fria em cima de você, é muito complicado sabe” [E22].

Há uma contradição entre os dois trechos de E28 quando o profissional diz que trabalha bem em equipe, mas não com os ACS. A diferenciação dos ACS com o restante da equipe demonstrou uma dificuldade em romper com padrões consolidados de hierarquias estabelecidas e de formas fragmentadas de ação.

Apresentou ainda um posicionamento passivo, com falta de enfrentamento da dificuldade em busca de resoluções, quando culpabiliza os agentes de saúde por não criarem acesso aos serviços, mas não promove uma aproximação para a atuação em conjunto. A expressão “eles querem fazer”, demonstra ainda a ausência de identidade com o trabalho proposto.

A falta de mediação de conflitos pode gerar uma acomodação e a perda de potencial de trabalho como em E22, onde o profissional se sente desestimulado frente aos obstáculos impostos por outros profissionais da equipe, mantendo suas atividades limitadas ao consultório odontológico, mesmo que se perceba a valorização dada pelo profissional às atividades educativas.

Esse isolamento e desgaste emocional podem colocar em risco a saúde do profissional e certamente limita o acesso de gestantes e crianças aos serviços de saúde bucal. Através de programas como a vacinação e o CD e do atendimento médico, os profissionais da equipe podem ter maior acesso a esses grupos.

É fundamental que profissionais envolvidos nos programas de puericultura disseminem informações relacionadas à saúde bucal dos bebês e que médicos, enfermeiros e outros profissionais façam o encaminhamento das crianças ao serviço odontológico, quando essas crianças não estão sendo acompanhadas por programas preventivos ou quando observam a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais (BRASIL, 2008). Outras sugestões como a agenda compartilhada também visam à ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal através do trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2018).

Não houve nenhum relato de agendamento compartilhado e embora alguns profissionais tenham relatado o encaminhamento de gestantes e bebês, de outros profissionais da unidade para a ESB, não foi possível identificar uma sistematização desses procedimentos no município que incentivassem o acesso precoce. Como demonstrado em

“(...) é somente quando vão esclarecer alguma dúvida, às vezes a enfermeira tá com a criança lá pra resolver alguma, outro fim e a mãe pergunta: - Ah, ele tá com dor de dente! Aí já pede pra me procurar, ou quando vai no médico, vamos supor, a criança tá com infecção de garganta e aí ao exame clínico o médico já percebe cárie, alguma coisa assim, já encaminha também. A gente tem essa, esse relacionamento bom” [E12].

Como esse trecho ilustra, observou-se que na maior parte os relatos se referem a encaminhamentos de crianças para tratamento, e não ao acesso precoce visando à prevenção. O profissional ainda deixa a entender uma visão de interação de equipe limitada a um bom relacionamento, que pode indicar a ausência de uma compreensão e experiência mais ampla sobre o que está preconizado na normatização da atenção na Saúde da Família.

Programas de atenção precoce a saúde bucal tem demonstrado serem eficazes quanto à redução da CPI e a divulgação de conhecimentos sobre saúde bucal na infância, tendo apontado melhores resultados quanto mais precocemente a criança inicia o acompanhamento, preferencialmente no primeiro ano de vida (STOCCO; BALDANI, 2011; LEMOS et al., 2014). Stocco e Baldani (2011), ao avaliarem o controle das consultas odontológicas de bebês atreladas ao cartão de vacina, onde outros profissionais da USF acompanhavam as informações dos retornos agendados, concluíram que o acesso dos bebês ao atendimento de saúde bucal foi ampliado, mostrando-se uma solução viável de baixo custo e resolutiva. Daí a

importância da sistematização dos trabalhos interdisciplinares, superando barreiras, de forma a promover e ampliar o acesso desses grupos de atenção e a efetividade dos trabalhos voltados à prevenção e controle da CPI.

Uma forma de acesso precoce dos bebês à atenção em saúde é através da visita domiciliar já no puerpério. Porém uma minoria de profissional relatou realizarem essa recomendação sendo que apenas três a realizam acompanhados pelo médico (a) e/ou enfermeiro (a),

“A gente quase não faz visita domiciliar, a parte odontológica aqui quase não tem visita domiciliar (...). Ahhhh! Num sei se tem demanda, se tem eu não fico sabendo, ninguém me avisa, mas quando, quando me chamam, quando precisa a gente vai, visita, mas eu acho que puérpera desde que eu tô aqui eu acho que eu nunca visitei nenhuma” [E3];

“Bebês, né! Então, eu tenho bastante controle... A primeira consulta é a visita (domiciliar) que eu vou na casa quando nasce, depois elas, a própria mãe traz (...) Da puérpera eu vou junto com a enfermeira, as agentes chegam né, avisam e aí eu vou com ela (...) A médica não vai na visita a puérpera, ela vai as quartas-feiras, ela vai na visita domiciliar dela” [E6];

“Aí ó, (mostrando o caderno) desde fevereiro de 2016 foi quando a gente começou, a visita domiciliar, aí da mãe, anoto o nome do bebê, a data do nascimento dele aí falo aqui o quê que é o nosso objetivo e a mãe assina. Aí pelo caderno eu acompanho essa criança. Então se deu dois meses ela não chegou, a agente de saúde vai fazer a busca ativa pra mim” [E9], e;

“Com o agente de saúde daquela área, sempre vai enfermeiro, médico... Vai junto, a gente trabalha sempre em equipe” [E5].

A visita domiciliar é uma forma de organizar a demanda programada e permite organizar a agenda e o processo de trabalho da ESB (BRASIL, 2018). Foi possível perceber várias contradições e formas de trabalhar diferentes, sem planejamento e normatizações comuns. Os relatos vão desde profissionais que não realizam as visitas (E3), até o que consegue organizar o acompanhamento da criança a partir da visita no puerpério, embora realize essas visitas acompanhadas apenas pelo ACS, como em E9.

Desta forma, se confirmou que o processo de trabalho nas equipes da Saúde da Família embora sigam orientações e se percebe o comprometimento e interesse dos profissionais, carecem de melhor planejamento e apoio para superarem os desafios a fim de que se alcance a ampliação do acesso, a integralidade, a longitudinalidade,

a equidade e demais atribuições, de forma mais adequada e resolutive, promovendo assim melhor saúde bucal e qualidade de vida para as crianças.

### 5.2.2 Conduas voltadas à Prevenção da CPI

Ao longo das entrevistas foi possível perceber a valorização dada pelos dentistas à prevenção da CPI, bem como suas angústias, questionamentos e dificuldades vivenciadas nas atividades realizadas. Em relação aos resultados obtidos, um número muito limitado de dentistas demonstrou maior organização dos trabalhos e satisfação com os efeitos alcançados. Serão abordados a seguir alguns desses achados.

As atividades direcionadas à prevenção da CPI mais relatadas foram atividades educativas e atendimento odontológico direcionado às gestantes (24 profissionais); orientações aos pais dentro do consultório odontológico da unidade (19); orientação de retorno periódico das crianças ao consultório para acompanhamento (19); avaliação das crianças e orientações individuais e/ou coletivas aos pais realizados no acompanhamento do programa CD (14); aplicação tópica de flúor (13).

Outras atividades foram relatadas em um menor número de entrevistas como atividades educativas coletivas direcionadas às crianças nos CMEI; distribuição de Kits de higiene bucal (estojo contendo escova, pasta dental e fio dental); escovação supervisionada nos CMEI e na unidade de saúde.

Foi apresentado e discutido inicialmente como os profissionais descreveram a realização dessas atividades, seguidas das dificuldades que têm encontrado e das potencialidades demonstradas.

#### 5.2.2.1 Ações direcionadas às gestantes

As ações direcionadas às gestantes abrangem atividades educativas direcionadas ao autocuidado e aos cuidados direcionados ao bebê, e o atendimento odontológico. As atividades educativas a esse grupo foram incluídas no subitem seguinte direcionado às atividades educativas, sendo priorizadas aqui as atividades direcionadas ao acompanhamento odontológico durante a gestação.

A maior parte dos profissionais abordou de alguma forma o acompanhamento odontológico direcionado às gestantes,

“Das gestantes, tá indo tranquilo, a nossa última reunião de gestantes tinha bastante gestantes, é, eu tenho convidado, na reunião de gestantes pra depois da reunião passar no consultório, várias vem, passa no consultório, pra fazer uma avaliação” [E2];

“(…) o médico, ele faz o encaminhamento, a partir do momento que ela vem no pré-natal o médico já faz, aqui ó, a gente já faz até o encaminhamento solicitando a avaliação odontológica, a gente faz a avaliação, faz a orientação quanto à doença periodontal relacionado a parto prematuro, eu procuro sempre bater muito nessa tecla de higienização, de escovação, mas infelizmente é uma coisa assim, elas vêm essa aqui mesmo eu já deixei ela já marcada pra daqui três meses, ela não tem nada, eu deixei ela já marcada” [E3].

Dois ainda relataram que o acompanhamento do pré-natal é pouco realizado na unidade, um deles devido à proximidade com unidade de maior complexidade que disponibiliza esse atendimento. Isto tem restringido o acesso destes profissionais às gestantes,

“(…) as gestantes não procuram a unidade porque elas querem o especialista, então essa área influencia muito a não, a não ter essa procura, as poucas gestantes que fazem tratamento aqui” [E15], e;

“As gestantes é uma coisa engraçada, essa área nós temos poucas gestantes e as que têm normalmente elas não fazem acompanhamento no posto” [E28].

A atenção à saúde bucal da criança deve ser planejada já desde a gestação e pensando a saúde geral da criança, a fase pré-natal é um período que merece atenção especial. O feto tem seu desenvolvimento físico, afetivo e emocional vinculados à experiência relacional com a mãe que podem influir no delineamento psicológico do ser humano até a fase adulta (CORRÊA et al., 2013). Os cuidados com a saúde bucal na gestação pode melhorar a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2018).

Considerando que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, torna-se fundamental para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal. Deve-se garantir, ao menos, uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais, conforme as necessidades individuais da gestante (BRASIL, 2018, p. 97).

As duas falas abaixo demonstraram que o programa está acontecendo de forma integrada com a equipe, ou parte dela, favorecendo o acesso, como preconizado para o trabalho na AB (BRASIL, 2018).

“Das gestantes, tá indo tranquilo, a nossa última reunião de gestantes tinha bastante gestantes, eu tenho convidado, na reunião de gestantes pra depois da reunião passar no consultório, várias vem, passa no consultório, pra fazer uma avaliação” [E2], e;

“(...) o médico, ele faz o encaminhamento, a partir do momento que ela vem no pré-natal o médico já faz, aqui ó, a gente já faz até o encaminhamento solicitando a avaliação odontológica, a gente faz a avaliação, faz a orientação quanto à doença periodontal relacionado a parto prematuro, eu procuro sempre bater muito nessa tecla de higienização, de escovação, mas infelizmente é uma coisa assim, elas vêm essa aqui mesmo eu já deixei ela já marcada pra daqui três meses, ela não tem nada, eu deixei ela já marcada” [E3].

O atendimento às gestantes foi o mais relatado e de forma mais coincidente entre todas as ações citadas. É possível pensar que as orientações para este grupo estejam mais bem trabalhadas, principalmente levando em consideração a existência do programa Gestante Feliz, Bebê Sorridente no município, embora este programa tenha sido citado por poucos profissionais e sua normatização não esteja disponível<sup>8</sup>.

Outro fator que favorece o cuidado a esse grupo é a sua presença na unidade para o acompanhamento médico pré-natal. A importância desse acompanhamento e a organização do programa com acesso vinculado ao teste da mamãe, demais exames preconizados as gestantes e a assistência ao parto, são bastante divulgados, o que coloca esse grupo mais disponível ao contato e organização do atendimento pela ESB.

Nesse sentido, as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal recomendam que as ações de saúde bucal integrem as ações destinadas a saúde geral, desencorajando programas específicos de saúde bucal, verticalizados e isolados dos demais programas. Assim se pretende facilitar o acesso tanto de gestantes como de crianças à assistência (BRASIL, 2004).

---

<sup>8</sup> A atual coordenação de saúde bucal do município desconhece existir qualquer documento que normatize o programa. Foram encontradas apenas a divulgação do programa no site da prefeitura, como já referido e CD-ROM com orientações para serem utilizadas durante atividades educativas.

### 5.2.2.2 Programas e ações educativas

As atividades educativas foram citadas por todos os profissionais, direcionadas às gestantes, pais e/ou cuidadores, e crianças, realizadas de forma individual ou coletiva, no espaço da unidade, no consultório e nas escolas (CMEI). Neste item serão discutidas as condutas de educação em saúde bucal direcionadas aos pais e as crianças.

“A gente faz palestras aqui, e elas são bem interessadas (para as gestantes)” [E29];

“Não conseguimos reunião com as gestantes, a gente faz tudo individual. A doutora xx, faz lá, manda pra mim, ela fala lá, eu falo aqui, aí eu marco os retornos e a medida que eu vou marcando os retornos, eu vou fazendo as orientações” [E11];

“(…) a gente tem uma cartilha, aí a gente já entrega pra ela e aí, assim que o bebê nasce ela já passa aqui também, pra gente ensinar a questão de alguns cuidados de higienização, que não é só quando o dentinho nasce aí eu explico tudo, até a questão de a criança já acostumar com a higienização antes do dentinho nascer” [E12];

“Eu prefiro fazer o corpo a corpo dentro do consultório, que aí sim, eu sento na primeira consulta, ela é feita primeiramente com base em esclarecimentos, em orientações... Primeiro a gente faz um bate papo com a mãe, tanto é que menor de idade aqui não é atendido sem o responsável” [E8], e;

“(…) eu vou na escola, o CMEI mesmo já chamou umas duas, três vezes, aí a gente explica sobre a cárie, sobre o dente permanente, primeiro molar permanente né, e nas pesagem também eu costumo orientar as mães, oriento sobre o primeiro molar” [E23].

Percebeu-se que os dentistas estão tendo a preocupação de levar informações, de orientar a população quanto aos cuidados com a saúde bucal. Essas orientações parecem estar fazendo parte da rotina de trabalho dos profissionais, mas vale fazer algumas considerações quanto ao conteúdo manifesto. Existe uma tendência de realizar essas ações de forma individualizada e verticalizada, dentro do consultório odontológico.

Palavras usadas como palestras, cartilha, corpo a corpo, chamam a atenção para essa verticalização dentro de uma postura baseada na “Ideologia da Competência”, proposta por Marilena Chaui (2014), e na “educação bancária” apresentada por Mialhe et al (2009), onde o profissional é detentor do conhecimento e o “aprendiz”, no caso os pais, são um depósito desse conhecimento, desvalorizando o conhecimento popular que possam possuir.

A expressão “pra gente ensinar” em E12, parece demonstrar essa tendência, não se diz “pra gente trocar ideias”, “para trocar experiências”, “para saber como está cuidando e ajudar a pensar novas práticas possíveis”, mas, antes disso, impõe um saber sobre um ser desprovido dele (MIALHE et al., 2009).

Mialhe et al (2009) consideraram a educação como importante estratégia para promover habilidades de autocuidado, porém o modelo vertical de transmissão de informações não visa o empoderamento pessoal ou comunitário para lutar por melhores condições de vida. Mesmo que bem intencionadas, não estimulam o espírito crítico que poderia promover transformações minimizando as interferências dos DSS na saúde das pessoas.

A educação em saúde realizada de forma individualizada e principalmente dentro do consultório odontológico pode promover ainda mais essa verticalização, quando indivíduo se encontra desprovido de seus pares e em um ambiente de pertencimento do profissional. Esta atuação está fundada na visão hegemônica voltada à clínica privada com ênfase na doença, prática essa desestimulada pela PNSB.

Ainda quando se pensa no uso de cartilhas, percebeu-se a intenção de disponibilizar informações em uma apresentação visual que atraia a atenção das pessoas, mas cabe o questionamento quanto à padronização dessas informações. Será que estão adequadas ao público a que está sendo direcionada?

Muitas vezes, como os profissionais descreveram, o trabalho é direcionado a pessoas em condição de vulnerabilidade, com nível de escolaridade e de compreensão distintos. Estarão essas cartilhas adequadas a essa realidade?

A organização dos serviços públicos no SUS preconiza a atuação dos profissionais de saúde dentro das diretrizes da clínica ampliada, quando se considera como objeto de trabalho da atenção ser uma pessoa, uma família ou um coletivo institucional.

Entende-se aqui o emprego do termo “ampliada” para dimensionar uma atuação clínica que vai além da abordagem convencional, a qual protocoliza o atendimento aos usuários, restringe seus sentimentos, ignora seus valores e saberes e ofusca suas expectativas (CAMPOS, 2003). A clínica ampliada representa novo modelo de trabalho que transpõe a clínica tradicional, articulando diferentes saberes na compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na inclusão dos usuários como participantes das

condutas em saúde e da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009) (BRASIL, 2018, p. 57).

Parece haver uma dificuldade dos profissionais em romper com as práticas dentro dos princípios da clínica tradicional embora tenham demonstrado, em muitos momentos, uma atenção humanizada e a compreensão do contexto social que envolve a prática, como discutido em percepções. As possíveis barreiras que dificultam essa prática ampliada merecem ser mais bem compreendidas e trabalhadas a fim de serem implementadas adequadamente.

A falta de regularidade da atividade realizada no CMEI também pode ser percebida nesse trecho (E23), onde a ação parece ter partido de uma demanda da escola e não do planejamento do programa PSE. Nas atividades preconizadas pelo programa PSE, a saúde bucal se insere em ações integradas à equipe e devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola (BRASIL, 2015).

#### 5.2.2.3 Acompanhamento clínico das crianças

Outra prática citada pelos profissionais foi o retorno periódico, citada por 19 profissionais, o que demonstra a preocupação com a longitudinalidade da atenção. Essa recomendação é dada para os bebês, no caso dos profissionais que tem o acompanhamento desde o puerpério, para as crianças que conseguem acesso ao atendimento preventivo, e também após o término do tratamento curativo, para controle. A frequência recomendada variou de retornos mensais até anuais, sendo que o mais recomendado foi o retorno semestral,

“O que tá dando certo é o retorno que eu cobro, eu cobro retorno de seis em seis meses das crianças, esse eu cobro mesmo, agora quando não vem, às vezes quando a gente lembra porque é muita coisa, a gente pede ao agente de saúde pra ir lá: - ó, tem de levar os meninos pro retorno, então esse tá dando certo, eles voltam mesmo” [E28], e;

“(...) eu já deixo um retorno né, por exemplo, eles concluindo o tratamento, aí eu falo - vem daqui 6 meses” [E15].

Poucos relataram deixar as próximas visitas previamente agendadas com dia e hora determinados, a maior parte dos participantes que falou sobre o assunto faz somente a orientação do retorno, ficando a cargo do responsável pela criança buscar pelo atendimento no período indicado. Essa recomendação pode dificultar o

controle dos profissionais quanto aos pacientes faltosos e a regularidade da atenção.

A logitudinalidade é um dos princípios ordenadores da AB e é apresentada como o

aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Poderia ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde, e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços (BRASIL 2008 p. 11).

A implantação das políticas em acordo com seus princípios é sempre um desafio diante de tantos fatores que interferem no processo, mas achados da avaliação de programas preventivos de odontologia para bebês em unidades públicas realizada por Lemos et al (2014), encontraram que o maior percentual de assiduidade foi no grupo que iniciou o acompanhamento no primeiro ano de vida, portanto a organização dessa atenção precocemente e a partir de protocolos pode favorecer a adesão ao cuidado e a logitudinalidade.

Alguns profissionais descreveram a recomendação do retorno de acordo com a avaliação de risco do paciente, embora seja possível perceber que a avaliação é realizada de forma empírica.

“(…) quando vem que eu vejo que é um caso mais grave, eu já agendo o retorno” [E26], e;

“A gente faz, eu conheço as famílias até por conta do vínculo, que eu sei que tem mais, que a gente olha que tem mais chance, então esses a gente trabalha mais de perto. Então eu falo assim, mês que vem tem que trazer, mesmo quando não tem cárie eu já deixo marcado pro mês que vem, porque tem que tá fazendo profilaxia, a gente fala que é pra fazer limpeza, pra acompanhar” [E24].

Sobre esse aspecto e pensando a prevenção da CPI, Machado et al (2005) descrevem a importância da avaliação de risco e atividade de cárie do bebê antes da definição de um plano de tratamento. O fator de risco pode ser um fator ambiental, comportamental ou biológico, onde devem ser destacados os aspectos socioeconômicos e culturais já discutidos, que estão presentes há algum tempo e que aumentam a probabilidade de ocorrer cárie.

De acordo com o risco, os autores recomendaram o retorno mensal ou trimestral (MACHADO et al., 2005). A realidade do serviço público talvez dificulte essa frequência recomendada, embora a frequência mensal tenha sido relatada por dois

profissionais, porém a avaliação de risco e as evidências científicas devem ser levadas em conta na elaboração de planos de atendimento.

#### 5.2.2.4 Aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada

Embora menos citadas, apareceram como atividades preventivas realizadas a Aplicação Tópica de Flúor (ATF) e a escovação supervisionada, realizadas em ambiente escolar (PSE) e na unidade de saúde.

“Mas eu procuro fazer um trabalho aqui no consultório mesmo, então, por exemplo, tem crianças que eu peço pra trazer a escova, faço escovação supervisionada aqui no consultório, ponho pra escovar aqui na pia, né. Tem crianças que tem que fazer aquela fluoroterapia, tá com os dentinhos com muita manchinha branca e eu faço fluoroterapia, uma aplicação com flúor por quatro semanas, uma por semana, quatro semanas. Peço pra trazer a escova, faço escovação com flúor gel, né, então assim, a medida do possível eu vou fazendo alguma coisa aqui no consultório” [E2], e;

“É uma vez no mês né, aí a gente pede pro paciente vir fazer escovação e aplicação de flúor... Falo pro paciente vir uma vez no mês, mas é qualquer dia... Aí vem qualquer dia, uma vez no mês, a gente sempre tá orientando... A escovação, do fio dental e do flúor... É mais essa idade, normalmente paciente de 4, 5, 6, tem alguns só que é mais velho, 11 anos” [E7].

Em E2 o profissional demonstrou adotar a terapia com flúor para o controle da cárie em estágio inicial de desmineralização e há uma vinculação do uso do flúor com a escovação supervisionada realizada dentro do consultório de forma individualizada. A utilização do flúor tópico aplicado através da escovação leva a um questionamento quanto à faixa etária das crianças e os possíveis riscos que essa prática pode oferecer, embora Machado et al (2005) tenha apresentado que a fluorose está mais relacionada à exposição cumulativa ao flúor.

Essa ação conjunta entre escovação e ATF apareceu também na fala seguinte (E7), provavelmente por estarem abordando as ações realizadas na unidade que visam à prevenção da CPI. Além disso, não foi explorado se existe alguma recomendação quanto a essa prática no município.

Foi possível apreender com essas falas que não há uma uniformidade das ações entre as unidades e que os critérios de risco não têm sido adotados quanto ao uso do flúor. Mesmo que em E2 tenha existido o direcionamento da ATF ao tratamento de manchas brancas, os fatores de risco propriamente dito não foram relatados.

A avaliação do risco é importante também antes de se aderir a um regime de flúor tópico, e deve avaliar ainda a idade e a cooperação do paciente, o uso sistêmico e de modalidades tópicas de flúor, níveis de fluoretação da água de abastecimento e as condições médicas preexistentes. A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações individuais e coletivas (CAMERON, 2012).

A PNSB recomenda considerar a situação epidemiológica da população onde a ação será realizada, ou seja, o risco.

A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações: a) exposição à água de abastecimento sem flúor; b) exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F); c) exposição a flúor na água há menos de 5 anos; d) CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade; e) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade (BRASIL, 2004, p. 10).

Segundo Cury (2001), a ATF é uma alternativa do profissional para tentar compensar a deficiência de medidas preventivas pelo paciente. É aplicável, do ponto de vista do indivíduo, de acordo com o risco e/ou atividade de cárie, no início de um tratamento ou em consultas de manutenção, quando retornam com novas lesões. No campo coletivo se aplica quando a prevalência de cárie na população se reduziu, porém, grupos ainda continuam apresentando atividade de cárie.

Percebe-se assim, que o uso tópico de flúor profissional apresenta indicação de controle de cárie principalmente em pacientes-cárie ativos. De forma geral, mesmo que tenha sido citado o uso como controle, não pareceu estar sendo utilizado pelos profissionais. Esses resultados foram colocados em prevenção por terem sido apresentados pelos profissionais como medidas preventivas.

Uma investigação mais apurada é recomendada para maior detalhamento de critérios adotados, porém esses resultados sugerem a necessidade de inclusão do tema na educação permanente e a adoção de protocolos no município quanto ao uso do flúor.

A higiene bucal supervisionada visa o aprendizado da técnica de higiene bucal e estimula a adoção desse hábito. Promove também a prevenção da cárie através da ação tópica do flúor presente no dentífrício (BRASIL, 2004). Essa prática foi citada

por poucos profissionais e aparecem realizadas de forma individual e coletiva nas escolas e no acompanhamento do programa CD. A distribuição de kits de higiene bucal também foi pouco citada e com contradições como em,

“(...) eu distribuo a pasta e a escova, o kit de saúde, né, bucal, que a secretaria nos mandou (no CD)” [E1];

“Porque nunca chegou pra gente pasta dental e escova né, essas são direcionadas pra programa PSE na escola que não faz parte da minha área” [E8], e;

“Aqui, no momento eu só tô fazendo as orientações, os kits também eu não tô recebendo, então são só as orientações” [E14].

Mais uma vez se percebe a diversidade de ações e contextos dentro do município. Mesmo que se pense nas particularidades de cada região, o acesso a material de higiene eram previstos na PNSB e pareceu não haver uma distribuição no município de acordo com uma norma clara.

Com base nos resultados apresentados acima, as ações citadas parecem contemplar todas as propostas para a finalidade de prevenção da CPI, porém não houve uma distribuição uniforme desses relatos entre os dentistas.

Nenhuma das ações estava sendo realizada por todos os participantes e algumas das preconizadas pelas diretrizes da PNSB como a escovação supervisionada, por exemplo, foram relatadas apenas por um número pequeno de profissionais. Foi possível perceber também variações quanto à forma de desenvolver essas ações.

Esses dados apontaram que, embora os profissionais tenham conhecimento dos programas e ações preconizados, e existissem algumas semelhanças quanto aos procedimentos relatados, não estavam sendo adotados protocolos no município que estabelecessem uma uniformidade de organização dos serviços e das condutas. A regularidade e sistematização dos serviços dentro do município poderiam promover maior divulgação e assimilação destes pela população, aumentando o acesso, principalmente quando se considera a mobilidade demográfica relatada pelos profissionais.

Embora existam diferenças na condição de vida e da situação de saúde-doença entre as unidades de saúde, como foi discutido em percepções, é preconizada a disponibilização dos programas nas unidades de Saúde da Família.

As orientações do Ministério da Saúde para o planejamento e organização do processo de trabalho para as equipes de saúde bucal na Atenção Básica sugerem que o

planejamento seja discutido e acordado com representantes da gestão para otimizar a execução das tarefas sem prejudicar o cumprimento das metas da produtividade dos profissionais, repensando juntos e baseados nas necessidades do usuário o tempo (em turnos) a ser disponibilizado para as atividades inerentes às equipes de Saúde Bucal, como planejamento, atividades clínicas ambulatoriais e coletivas, visitas domiciliares, matriciamento, saúde do trabalhador, educação permanente/continuada, entre outras (BRASIL, 2018, p. 64).

Sugere ainda o monitoramento, pela coordenação de saúde bucal, que contemple minimamente aspectos como a estimativa de cobertura populacional, o percentual de crianças livres de cárie, a média de participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante, entre outros.

De acordo com os resultados esse monitoramento não estava ocorrendo como o preconizado, e os profissionais não estavam utilizando os dados dos sistemas de informação que alimentam. O município participou do SB Brasil 2010, em uma amostra ampliada além da apresentada pelo Ministério da Saúde, porém esses dados ainda não foram disponibilizados oficialmente, e a princípio nunca foram utilizados para fins de planejamento.

#### 5.2.2.5 Dificuldades relatadas acerca da prevenção da CPI

Os profissionais apontaram várias dificuldades encontradas a partir de suas experiências profissionais direcionadas à prevenção da CPI. A dificuldade mais citada foi à baixa procura por prevenção por parte dos pais, seguida da dificuldade em sensibilizar os responsáveis para a necessidade do cuidado, baixa adesão as atividades educativas, dificuldade em dar seguimento aos acompanhamentos periódico das crianças e pouco acesso às crianças no CD.

“(…) eles procuram mais pro curativo, não pro preventivo” [E25];

“(…) a limitação é a falta, às vezes, de interesse da própria população, porque aqui, como aqui é bem fácil conseguir atendimento, as consultas, é um bairro tranquilo, então as pessoas

vem só quando precisam e não quando a gente marca alguma coisa” [E14], e;

“(...) eles só vem aqui por causa do CD senão perde o Bolsa Família e pronto, só vem por causa disso. Aí depois vem já com a doença cárie bem avançada, sentindo dor de dente, mas o acompanhamento a gente não consegue fazer muito aqui não” [E3].

Foi possível perceber que as maiores dificuldades citadas estão voltadas para o comportamento atribuído à população. A baixa procura por prevenção em E14 ainda apareceu com uma tendência de culpabilizar a população frente a um serviço que está disponível, porém não apresenta demanda. Cabe questionar se realmente esta demanda por prevenção não existe e/ou quais fatores poderiam influenciar esse comportamento.

Roberto et al (2017) em pesquisa sobre satisfação de adultos com os serviços odontológicos, encontraram 32,9% dos adultos que relatam fazer uso dos serviços odontológicos por revisão e/ou prevenção e ainda, uma forte associação entre insatisfação com os serviços e a ausência de acesso à informação de como evitar problemas bucais. Segundo esses autores, indivíduos pouco informados tendem a usar os serviços de forma pontual, em situações de urgência.

Levando-se em conta a dependência das crianças e que os adultos influenciam de forma decisiva o comportamento de seus dependentes, a promoção de informação em saúde se confirma como um fator relevante tanto para a satisfação com os serviços quanto para a busca de cuidados preventivos.

Embora os profissionais demonstrassem uma percepção da atuação dos DSS sobre o comportamento das famílias, incluindo o acesso à informação em saúde, quando pensam as condutas e as dificuldades da prática em saúde coletiva, os aspectos mais distais ao indivíduo são menos citados. Apareceu pouco no discurso a necessidade de enfrentamento dessas questões através de formas de produzir informação em saúde bucal, da intersetorialidade e da construção de um projeto mais abrangente, inclusive com a compreensão e participação da comunidade.

Este resultado está em acordo com os achados de Hoffmann, Tetéo e Freire (2015) que em avaliação da atenção primária em uma capital do nordeste apresenta que,

Pode-se inferir que a procura dos usuários por serviços assistenciais, de caráter curativo, torna-se mais intensa, em virtude de questões culturais provenientes do modelo de atenção liberal privatista que predominou no Sistema de Saúde durante anos e trouxe uma

concepção de saúde focada na doença, na assistência individual médicohospitalar, na hierarquização das profissões e na fragmentação dos serviços. Nesse sentido, a discussão a respeito da produção social da saúde, da importância da promoção e da prevenção é ainda algo recente (p. 188).

Embora os profissionais se sintam em muitos momentos responsáveis também pela prevenção da CPI e valorizem a prevenção como em,

“(...) eu busco até pra melhorar a minha prática, aí eu vou buscar na literatura alguma forma de amenizar esse problema, que eu vejo que eu tenho uma certa responsabilidade nisso, pelo tempo que eu tô aqui. Mas o que eu vejo é que, embora, a gente bate na mesma trave da prevenção, por exemplo, a gente começa desde a gestante, com atividades educativas, mesmo assim, o índice ainda é alto” [19].

É nítido perceber as dificuldades que estão enfrentando em romper com o padrão da atenção que privilegia o caráter curativo e conseguir dar maior visibilidade à prevenção e promoção da saúde, que é a lógica da atenção primária à saúde no SUS (HOFFMANN; TETÉO; FREIRE, 2015).

Talvez um primeiro passo para que se alcance esse objetivo seja avaliar se a prática atual contribui para manter a cultura da atenção em saúde voltada para a doença, em um modelo privatista, e se propicia equidade na atenção quando oferece a prevenção aos que buscam por ela, e tem dificuldades em criar canais para atender essa demanda nas famílias que não conseguiram ainda superar os entraves sociais que a distanciam da busca de melhores condições de vida, incluído aí a saúde bucal.

Os profissionais parecem não estar conseguindo ampliar o acesso à prevenção através da intersectorialidade, prevista na pesagem atrelada ao Bolsa Família e no PSE, como demonstrado em E3 acima. Entraves estão ocorrendo e favorecendo o desperdício dessas oportunidades.

Este conflito dos profissionais quanto ao referencial adotado para a assistência aparece ainda em E19, onde o entrevistado embora apresente interesse e preocupação com a forma de atuação, busca a reprodução da prática dentro do modelo de mercado, para a atenção na Saúde da Família,

“(...) mas a gente procura tornar o ambiente um pouquinho mais lúdico assim, mais próximo, por exemplo, do que elas têm, do privado porque às vezes tem amiga que leva lá: - Ah, lá tem balãozinho, ah, lá tem um brinquedinho!” [E19].

Os desafios parecem grandes ainda para a implantação de um modelo de assistência adequado aos princípios do SUS, e as reflexões sobre as práticas são necessárias para responder aos questionamentos e a autocríticas que surgem quando se provoca o pensar as dificuldades e os resultados desta prática, como manifestado em,

“(...) eu sinto repercutir muito pouco, como se aquilo batesse numa coisa dura ou, sabe, ou num sei se a vida deles é muito dura, muito cheia de preocupação e isso aí não entra como uma coisa importante” [E6], e;

“(...) não é falta da prevenção, cê tá fazendo a prevenção, mas o retorno é muito pequeno, é muito pequeno (...) será que nós estamos fazendo errado? Acho que num mundo globalizado como tá hoje, que todo mundo tem os melhores celulares e tudo, é difícil você ter, oferecer numa saúde pública, conseguir competir com o interesse, com esse interesse. Eh, a não ser que você lançasse mão de artifícios bem, tecnologia bem de ponta pra chamar a atenção. Acho difícil competir” [E6].

Em nenhum momento os profissionais citaram espaços de reflexão com profissionais de outras unidades e com a gestão na tentativa de avaliar, compreender e planejar a atenção. Alguns sugeriram a disponibilização de educação permanente de forma a subsidiar o desenvolvimento de novas práticas.

“Então mais curso de capacitação, eu acho que a Secretaria de Saúde não deveria ficar presa à agenda do Ministério da Saúde, não deveria ficar esperando o PSE. A Secretaria de Saúde poderia organizar algumas coisas pra gente fazer pra essas crianças” [E2], e;

“Eu acho que a prefeitura poderia fazer umas oficinas também, eu acho que as oficinas entre profissionais eu acho que ajudaria muito, até porque a gente atua na mesma, né, ambiente que é a Estratégia, então eu acho que oficinas entre profissionais, pra fazer estudos assim entre profissionais, eu acho que seria uma coisa bem válida, e a gente não tem também” [E11].

É previsto na organização e desenvolvimento das ações em saúde bucal no SUS o processo de qualificação dos profissionais através da educação permanente.

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2018, p.89).

A educação permanente tem como finalidade a transformação das práticas e a organização dos trabalhos estando previsto a participação dos profissionais nas discussões das estratégias de educação, bem como apontando suas demandas, de forma a fazer sentido e responder aos desafios enfrentados na prática profissional, além de trazer informações e atualizações sobre essas práticas (BRASIL, 2018). A aplicação da educação continuada cria espaço para reflexões e discussões que podem reduzir as angústias apresentadas frente às dificuldades vivenciadas, e construir um olhar menos conflituoso e mais embasado em evidências.

O profissional E2, em sua fala, indicou um possível distanciamento ou falta de interação entre gestão e profissionais no planejamento das ações, quando o dentista aguarda as orientações da Secretaria de Saúde e não apresenta suas próprias propostas. Parece que a mesma dependência que o profissional apontou de forma crítica da gestão local em relação ao nível da gestão federal, era a forma que ele posiciona a sua atuação em relação à gestão municipal.

É mais uma expressão de que a interação dos profissionais com a gestão está apresentando limitações, e que a hierarquia está estabelecida de uma forma a permitir a passividade e a acomodação.

A reversão do caráter passivo dos serviços em saúde, rompendo com o modelo curativo e garantindo a integralidade de atenção à saúde, poderá efetivar-se a partir de uma rede articulada e interconectada, como previsto pelo SUS (HOFFMANN; TETÉO; FREIRE, 2015, p.188).

Aspectos voltados à organização dos serviços como alta demanda por tratamento curativo, sobrecarga de demandas, falta de material, falta de integração da equipe, rotatividade de profissionais e equipe incompleta, e falta de apoio da gestão também foram citados como dificuldades na realização e sucesso das ações preventivas, porém com menor ênfase.

“(…) a gente consegue, agora assim, por exemplo, esse ano já não teve a entrega do kit né, de escovação, então a gente fez algumas atividades educativas, mas ação em si a gente não fez, né. A limitação que eu acho, ela é uma limitação que envolve uma sobrecarga muito grande na unidade de saúde de todos os aspectos ali, não só da criança né, o PSF ele acaba tendo que executar muita coisa, então a gente não consegue ter um foco tranquilo em relação a só criança, porque não é só criança, a gente tem que fazer um trabalho com gestante, a gente tem que fazer um trabalho com hipertenso e diabético né, a gente tem aquela série de papeladas pra

preencher, tem os atendimentos curativos que a gente tem que fazer, que exige muito da gente, porque a gente trabalha com uma população ainda que carece muito né, desse atendimento curativo” [E20].

Um fator importante apontado foi à rotatividade da população e a consequente dificuldade de continuidade do acompanhamento. Como cada profissional executa as ações de forma particular, sem integração com as demais unidades, os novos moradores da área não conhecem como a assistência é desenvolvida na região. A falta de articulação e sistematização dos procedimentos para todo o município pode estar dificultando a continuidade do cuidado profissional e a transformação cultural com a assimilação do cuidado como prática diária nas famílias.

#### 5.2.2.6 Potencialidades das Ações de Prevenção

Embora as dificuldades tenham predominado em relação às atividades direcionadas especificamente à prevenção da CPI, algumas respostas positivas foram percebidas. A prioridade dada ao atendimento das crianças, os resultados positivos alcançados, principalmente quando se inicia o acompanhamento das crianças precocemente, e a preocupação e interesse dos profissionais quanto à prevenção em saúde bucal puderam ser vistos como positivos.

“Mas aquelas que manifestam interesse de fazer o tratamento, uma avaliação, é na hora, porque a prioridade é delas” [E4];

“(...) eu vejo que acompanho criança que tava na barriguinta da mamãe e hoje chega, tem 5 aninhos de idade, e aquelas crianças que a gente acompanhou, e a mãe teve o compromisso também de nos ajudar, a criança é livre de cárie, então isso acaba sendo a recompensa né” [E19], e;

“(...) desde fevereiro de 2016, foi quando a gente começou a visita domiciliar, aí da mãe, anoto o nome do bebê, a data do nascimento dele, aí falo aqui o quê que é o nosso objetivo e a mãe assina. Aí pelo caderno eu acompanho essa criança. Então se deu dois meses ela não chegou, a agente de saúde vai fazer a busca ativa pra mim, eu tenho tido alguns resultados bons, pelo menos assim, eu diria que das crianças que, algumas se perdem porque mudam ou alguma coisa assim, mas das crianças que eu tenho visitado nenhuma desenvolveu cárie até agora. E a mãe tem entendido” [E9].

É possível notar uma diferença entre a última fala (E9) e as duas anteriores, E4 e E19 (diz acompanhar apenas as crianças que a mãe teve o compromisso “de nos ajudar”), onde o profissional conseguiu se organizar e realizar a busca ativa das

crianças faltosas através dos ACS. Essas práticas carecem de ser fortalecidas e o compartilhamento dessas experiências exitosas se apresenta fundamental para a ampliação deste modelo que favorece a equidade e a transformação cultural, através da multiplicação de uma nova prática que apresenta bons resultados.

Foi possível perceber ainda, a satisfação do profissional quando consegue despertar o interesse pela saúde bucal na população, quando conseguem a adesão das mães a atenção em saúde oferecida e visualizar mudanças na condição bucal da criança,

“Então, muitas vezes, o que foi feito continua sem dano nenhum, e é até agradável que eles tenham cuidado, tem tido uma resposta positiva, sim” [E1], e;

“Eu percebo pacientes que às vezes eu oriento, que converso, que eu ensino THO<sup>9</sup>, tem alguns que tem uma melhora significativa, que chega aqui já sem placa, coisa que chegou aqui cheio de placa, cheio de cárie, sujeira, tártaro, já chega com menos placa” [E3].

Embora exista uma ênfase dada às ações curativas, foi visível no discurso da maior parte dos profissionais a valorização e importância da prevenção da CPI e em alguns casos, mesmo tendo sido esclarecidos sobre a entrevista, que se tratava apenas de uma coleta de dados, e não proposta de intervenção se prontificou a desenvolver ações preventivas direcionadas a essa linha de cuidado de zero a cinco anos.

“É, é possível, assim, tem que ter esse trabalho porque nós sabemos que a prevenção é o melhor caminho, né, então, a gente tem que fazer esse trabalho de prevenção sim. Eh, vamos trabalhar com relação a essas visitas, busca ativa desse público alvo que ainda não existe uma, mas acredito que o melhor caminho, com certeza é o trabalho preventivo, então tem que bater nessa parte aí. Agora a gente vai partir feroz, pra esse primeiro semestre, primeira etapa agora de 2018, com certeza vai ser um trabalho preventivo com esse público alvo sim” [E4].

Pareceu ter se sentido estimulado (a) durante a entrevista a refletir sobre os serviços e pensar o planejamento e a implementação de novas ações voltadas à prevenção da CPI.

Segundo Hoffmann, Tetéo e Freire (2015),

As mudanças nos modelos assistenciais são prioritárias, uma vez que trazem em tela a teoria da determinação social do processo saúde e doença, cujos determinantes são resultados da articulação entre o setor social, econômico, político e cultural. Essa discussão

---

<sup>9</sup> THO- Técnica de higiene oral.

remete a uma nova forma de organizar os processos de trabalho em saúde, que devem ser desenvolvidos por meio de uma equipe multiprofissional, interdisciplinar, agregando várias áreas de saberes, para além da APS, o que é indispensável para a melhoria do processo de produção social da saúde, que se efetiva por meio de uma rede de atenção regionalizada, hierarquizada, e de um trabalho coletivo (p. 185).

A abertura e o interesse apresentado pela maior parte dos profissionais foi fundamental na implementação de novas práticas e os resultados positivos alcançados, mesmo com todos os desafios que limitam sua ampliação, são um incentivo e apontaram para a possibilidade de transformações.

### 5.2.3 Ações Voltadas ao Controle da CPI

O atendimento odontológico para tratamento da CPI no bebê e na criança pré-escolar apresenta especificidades relativas ao tipo de lesões, ao campo de trabalho, ao comportamento das crianças e o tempo das sessões, além de questões ligadas à dependência e interferência familiar. Neste tópico foi tratada essa especificidade. Inicialmente foram apresentadas as categorias que expressam as condutas adotadas pelos profissionais entrevistados acerca do controle da CPI, seguido das dificuldades relatadas quanto ao atendimento em si e das potencialidades percebidas.

#### 5.2.3.1 Acesso ao tratamento clínico

O uso de um serviço de saúde é uma expressão positiva de acesso e a aceitabilidade desse serviço é condicionada por fatores individuais e subjetivos de como a saúde é significativa para o indivíduo (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2017).

O primeiro contato da equipe com o usuário significa acessibilidade e a utilização dos serviços por este usuário, sendo a porta de entrada identificada como o primeiro recurso a ser buscado quando existe uma necessidade em saúde. A reorganização do processo de trabalho através do acolhimento além de acolher a população, visa priorizar a clientela mais vulnerável, buscar reduzir as desigualdades e respeitar as diferentes necessidades dos indivíduos e de populações (BRASIL, 2018).

Na Atenção Básica o usuário pode ter acesso ao cuidado em saúde bucal através da demanda espontânea, quando procura o atendimento de forma natural e não esperada pelo serviço, sem agendamento prévio, e da demanda programada a partir do trabalho coletivo e multiprofissional e de informações sociais, epidemiológicas e classificação das necessidades (BRASIL, 2018).

Os resultados demonstraram que o tratamento curativo para as crianças de zero a cinco anos é ofertado em todas as unidades. A forma de acesso mais referida pelos profissionais foi por demanda espontânea, seja por atendimentos de urgências ou não. Apareceram também como demanda programada o acesso a partir do programa CD, do PSE na educação infantil, dos encaminhamentos pelos ACS e outros profissionais da unidade, quando estes percebem alguma alteração, e também de visitas domiciliares ou do tratamento de algum familiar.

“Espontânea, sempre vem na urgência dizendo que o filho tá com dor” [E17];

“(...) demanda espontânea e muitas vezes eu peço pro, quando eu vejo, quando eu tô tratando de uma criança eu pergunto pelos irmãos e já tento fazer o chamado da família” [E4];

“(...) eu faço encaminhamento da pesagem pra cá, pra agendamento, né” [E1];

“(...) quando eu vou nas escolas eles já vem, já vem direto, né, e o outro acesso é como eu te falei, através dos agentes de saúde, de cada um, estabelece a pessoa que quer fazer o tratamento, coloca o nome e eu mando chamar em casa, já mando com um horário marcado, assim que surge” [E6], e;

“(...) os médicos encaminham, a enfermeira encaminha, as agentes de saúde trazem muitos pacientes pra mim, elas vem aqui: - Dr. (a), tem um paciente na minha área que tá chorando todo dia, tal, eu posso mandar? – Pode. Se a mãe não trouxer você me avisa eu faço visita domiciliar” [E2].

A porta de entrada prioritária através da demanda espontânea apontou para o fato das crianças, na maior parte das vezes, estarem chegando tardiamente ao atendimento em saúde bucal, já com a doença instalada e frequentemente com dor, fato este que confirma as dificuldades relatadas em desenvolver ações de prevenção da CPI precocemente e que a busca ativa e a intersetorialidade para antecipar o acesso dessas crianças à saúde bucal tem apresentado limitações, embora essas práticas tenham ocorrido.

Fonseca, Fonseca e Meneghim (2017) apresentaram que “a informação em saúde é uma estratégia que pode transformar acesso em uso” (p. 91). Aí mais uma vez se

confirma a percepção dos dentistas, com recorrentes referências à falta de informação observada e a dificuldade em trabalhar as barreiras que produzem essa desinformação.

Os dados ainda evidenciaram mais uma vez, a dificuldade dos profissionais em romper com a prática tradicional, que mantém um padrão consolidado de atendimento que limita o acesso aos indivíduos ou famílias que buscam o atendimento odontológico, onde “parte da população que não consegue assistência odontológica pública, quando procura, ou não se mobiliza na busca pelo serviço por diversos motivos, pode desistir na primeira dificuldade” (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2017, p. 91). Desta forma, essa prática pode consolidar um modelo de atuação excludente, limitando a equidade nos serviços de saúde.

Os dados parecem confirmar os achados de Fonseca, Fonseca e Meneghim (2017) quando apresentam que

Apesar da ampliação da oferta de serviços assistenciais, não é acessível a todos, e a saúde bucal não se concretiza como um direito de todos, comprometendo o vínculo entre usuários e Equipe de Saúde Bucal (ESB). A literatura aponta as barreiras organizacionais, geográficas, técnicas e de recursos humanos como entraves ao acesso aos serviços odontológicos. É necessário que a reorganização da assistência odontológica faça parte do projeto de governo local, siga as diretrizes da PNSB e melhore o acesso da população aos serviços públicos odontológicos não especializados e especializados para a garantia da integralidade do cuidado (...). A “invisibilidade social” é um desafio para a organização do sistema local de saúde bucal, um entrave para a universalização do acesso equitativo e para a construção do SUS como política de inclusão social. Uma das tarefas da gestão em saúde é facilitar a participação social e instrumentalizar a cultura colaborativa e do trabalho em equipe (p. 89/90).

Alguns profissionais perceberam o maior risco imposto pela condição de vulnerabilidade quando essa situação se apresenta como em,

“(...) a hora que chega, que tem maior risco, principalmente social, se você dificultar o acesso ela não volta aqui mais, então essa mãe, esse tipo de pessoa, eu facilito o acesso” [E 16].

Porém a expressão “a hora que chega” levou a reflexão sobre a invisibilidade de parte da população que não consegue chegar à unidade. Daí a importância da organização da atenção com o envolvimento da gestão a fim de se implantar uma política de inclusão que promova a equidade.

Sobre o acesso de crianças na primeira infância à consulta odontológica, Schwendler, Faustino-Silva e Rocha (2017) encontraram que a presença de indicadores de saúde que permitam a avaliação da incorporação de práticas na rotina dos profissionais e a mensuração do impacto das ações implementadas pelos serviços, assim como a inclusão da saúde bucal na Ação Programática da Criança são importantes estratégias para a ampliação do acesso à saúde bucal na primeira infância.

Os autores deduziram ainda que uma relação compatível entre o tamanho da população de usuários na área adstrita e o número de profissionais de saúde bucal, facilita o trabalho de vigilância e a reduz desigualdades, sobretudo no acesso (SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017).

Quanto à idade de acesso, a maior parte dos profissionais declarou que ocorre para todas as idades. As variações que ocorreram foram de atendimento a partir de um ano de idade, a partir de dois anos e um de que o acesso ao tratamento se dá, na maior parte das vezes, a partir de quatro anos,

“A criança permitindo, a partir de qualquer idade, se a criança permitir e eu conseguir fazer aqui” [E20], e;

“A partir dos 4, 5 anos. Não procuram, só quando tiver alguma alteração, na gengiva, que a mãe fica preocupada, aí eu explico que tá na fase de nascer, aí elas querem mais orientação, mas curativo é entre 4 e 5 anos” [E29].

Esses dados contradizem os relatos de Volpato et al (2013), de que muitos dentistas resistem a atender crianças antes dos três anos de idade, já que apenas um profissional assumiu realizar procedimentos curativos apenas após os quatro anos de idade. Entretanto, os que relatam acesso em todas as idades muitas vezes colocam a condição de que a criança aceite e permita a intervenção, como em E20.

O fato dos profissionais terem conhecimento de que a PNSB preconiza o atendimento precoce da criança, pode ter influenciado as respostas, no propósito de atender a essa recomendação. Entretanto os relatos sobre tentativas realizadas e de casos de sucesso e fracasso parecem confirmar que esses profissionais realmente estão acessíveis ao atendimento dessas crianças já no primeiro ano de vida, quando as lesões já podem estar presentes.

“Criança pequena é muito mais difícil, muito mais difícil, os pais as vezes trabalham, a gente num tem tanto acesso as crianças menores, as maiores a gente tem uma proximidade maior, agora a menorzinha é mais complicado, principalmente eu porque eu não tenho muito jeito com criança não, eu não tenho muita paciência não e criancinha muito pequenininha geralmente chega e a gente tenta fazer o atendimento, eu até sou insistente, eu tento três, quatro, cinco vezes, não consigo aí eu converso com a mãe, faço orientação, faço encaminhamento pro centro de especialidade” [E3].

Essa fala mostrou que apesar da dificuldade do profissional em atender crianças de menor idade, o acesso ao atendimento existe, porém a limitação deste acesso está vinculada a pouca procura por parte dos pais. Mais uma vez existe a tendência de responsabilização dos pais. Hanna, Nogueira e Honda (2007) já apontava que os atendimentos no serviço público estão cada vez mais voltados para criança de baixa idade. O favorecimento de vínculo com as famílias promovido na AB através da Saúde da Família também pode estar favorecendo essa abertura.

#### 5.2.3.2 Dificuldades para realização das ações de controle

Em concordância com as dificuldades apresentadas para as práticas voltadas à prevenção, aqui também a dificuldade mais citada foi à falta de adesão ao tratamento por parte dos responsáveis e não relativa às especificidades do atendimento em si da criança de pouca idade, como se poderia esperar.

“Os pais não vem com a criança. Então assim, eu acho que é essa falta de interesse, da maioria, eu tenho uma lista de pacientes com alteração que a gente mandou a cartinha, acho que nem a metade procurou a unidade pra tratamento, já com vaga garantida” [E15], e;

“Arrumou o estético né, alguma coisa aqui da frente, - ah, depois eu vou! E vai indo, não é porque não gostou do tratamento, não, é porque realmente a pessoa vai trabalhar e vai fazer outras coisas e não vem terminar” [E16].

Mais uma vez apareceram os DSS condicionando um comportamento em saúde e o desafio enfrentado pelos profissionais diante dessa realidade. Identificar os principais motivos que levam a população a faltar as consultas, seja por condições de vida e trabalho, por questões geográficas ou pela organização dos serviços, entre outras possíveis motivações, poderia orientar soluções para esta dificuldade percebida.

A segunda dificuldade mais citada foi a de que os pais estão levando as crianças já com grande comprometimento e muitas vezes com dor. Esse comportamento torna o tratamento mais demorado e sofrido para a criança e exige mais habilidade e disponibilidade do profissional.

“(..) isso dificulta muito porque a criança já chega aqui traumatizada, né, muita dor, e a gente tem que fazer uma intervenção bem agressiva, bem forte, porque o problema já tá bem avançado, então, isso aí traz até um certo trauma pra criança, né, mas a gente tem que tentar fazer alguma coisa né, então, tem que fazer um tratamento agressivo né” [E4], e;

“(..) chegou, então, com os dentes todos destruídos, aquela cárie, aquela formação de dentina terciária já, aquelas panelas no dente, que o dente todo preto, aí como é que, pra fazer o tratamento, aí,... tô fazendo o tratamento nele, porque eu ia encaminhar pra odontopediatria né, eu tô fazendo tratamento porque a vó chorou” [E7].

As dificuldades em relação ao atendimento ao bebê e à criança de pequena idade aparecem em um número menor de entrevistas, às vezes percebidas como normal, outras vezes são relatadas dificuldades maiores.

“(..) a dificuldade normal que a gente encontra com crianças muito jovens, alguns eu não consigo, alguns cê tem que conter aí eu não contendo” [E6], e;

“Mas é difícil atender criança, principalmente pelo fato da gente não ter a formação” [E19].

Para Amaral e Barreto (2011) lidar com o ser humano que sofre vincula-se a como conceber o ser e o sofrimento e, na odontopediatria, como a experiência com o ser humano que sofre na relação dentro de uma tríade criança/ pais/ profissional, cada um com suas limitações, crenças e sentimentos em que o sofrimento e o ser criança estão presentes de forma simbólica em cada um desses indivíduos. O que se vive no consultório, seja sofrimento ou alegria, não pertence unilateralmente ao paciente.

Parece justificável, assim, que cada profissional lide com essa prática e essas experiências de forma muito particular, alguns demonstrando total empatia e facilidade em conduzir o tratamento dessas crianças e outros com maiores limitações. Diante das dificuldades vivenciadas alguns entrevistados manifestaram a necessidade de formação voltada para esse tipo de atendimento, como já mostrado acima em E19 e também por E3 logo abaixo.

“Igual eu te falei, eu não tenho a menor paciência de atender criança, nem um pouco (...) eu acho que se a gente tivesse essas capacitações, uns cursos sobre forma de conduta, como conduzir o paciente, eu acho que seria interessante sim. Talvez a gente nem precisaria se esforçar tanto pra atender um paciente, seria menos do que a gente pensa que precisa né, eu acho que seria interessante” [E3].

No que se refere ao lugar da técnica em odontopediatria, Amaral e Barreto (2011) questionaram sobre a influência de uma sociedade tecnicista sobre o campo profissional e sobre a cultura que exige a técnica que amolda, acomoda e aprisiona. E ainda se a odontopediatria poderia contribuir com a recuperação do âmbito do relacionamento e das relações no seu exercício para a crítica a essa cultura, “o que se traduz em odontopediatria, por a criança estar sob controle (não grita, não esperneia), o dentista neutro de “afetos negativos” durante o tratamento competente e eficaz” (p. 21). Os autores criticam com isso não a técnica em si, mas a técnica que não é questionada.-

Quanto a essa reflexão é interessante dizer que os mesmos profissionais que dizem ter dificuldade, diante do sofrimento de uma criança e do contexto social e familiar, se prontificam a superar suas limitações técnicas e a disponibilizar seus conhecimentos para tratar essas crianças. Talvez essa seja uma resposta aos questionamentos dos autores citados de que a odontopediatria pode sim contribuir não só para a crítica do comportamento profissional tecnicista quanto para a humanização da prática profissional.

“(...) esses dias chegou um menino aqui, tinha um menino aqui que veio com a avó, que a mãe era drogada, foi semana retrasada que chegou, então, com os dentes todos destruídos (...) ainda tô fazendo o tratamento nele, porque eu ia encaminhar pra odontopediatria né, eu tô fazendo tratamento porque a vó chorou, falou - não, pelo amor de Deus, que não sei o que. Aí eu falei: - não, então vamos tentar fazer o tratamento dele aqui” [E7], e;

“(...) mas, a gente tenta, mesmo não tendo a formação necessária na área né, mas eu tenho aquela questão, eu falo quando cê tem a boa vontade, é muito mais a boa vontade, aí a gente faz” [E19].

Novamente uma dificuldade bastante relatada foi a falta de material de consumo para as atividades curativas, que somada a sobrecarga de demanda vem interferindo no andamento das atividades dos profissionais.

“(...) mas o maior problema que a gente tem é falta de material, né, então assim, quando tá tudo normal, todos os materiais, eu não

consigo atender 100% não, por questão de agendamento mesmo, porque as vezes minha agenda tá cheia, mas eu sempre oriento, olha eu tô terminando alguns tratamentos a senhora vai voltar a semana que vem, aí eu peço as mães pra voltar na próxima semana, porque a medida que eu vou concluindo tratamentos eu vou pegando outros, né. Mas assim, 100% num dá pra atender, né, é difícil” [E2].

Quando o profissional expressou sua incapacidade em atender a todas as crianças que necessitam e/ou buscam tratamento expressou também o dilema entre atender a grande demanda por tratamento curativo e a disponibilidade e efetividade das ações preventivas e de promoção de saúde, que poderiam inverter essa lógica. Parece que os profissionais ainda estão prisioneiros de uma prática que mantém a alta demanda por tratamento.

### 5.2.3.3 Potencialidades das ações de controle

Pode ser apontada como potencialidade, assim como visto na prevenção, a prioridade dada ao atendimento das crianças pela maioria dos entrevistados, e ainda, mais da metade destes disseram estar conseguindo atender a maior parte das crianças, sendo que muitos gostam e/ou tem facilidade em fazer esses atendimentos,

“Então, quando é criança aqui, eu não tenho fila de espera” [E9];

“(...) eu tenho muita facilidade de atender criança, então eu faço aqui no consultório” [E2], e;

“Aqui, se bem que eu atuo muito na área de odontopediatria, consigo, quase não encaminho porque eu mesmo trato” [E13].

A necessidade de pulpotomia é critério de indicação para encaminhamento para o atendimento em odontopediatria disponibilizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), entretanto, alguns profissionais relataram realizar esses procedimentos, às vezes com material próprio, pois os materiais preconizados para esse tipo de tratamento são fornecidos apenas ao CEO,

“(...) pulpotomia é para encaminhar para o CEO, eu não encaminho, então quer dizer, dá pra fazer” [E2], e;

“(...) mas até pulpotomia a gente compra material, pra fazer aqui, pra não deixar” [E24].

Diante desses dados que indicam que a maior parte dos profissionais está conseguindo realizar o tratamento odontológico dessas crianças, abre-se uma questão relativa aos dados do SB Brasil 2010 para o município, que mostraram que 72,1% dos componentes do índice ceo-d era de dentes cariados e 5,6% estavam obturados e cariados aos 5 anos de idade (BRASIL, 2012d). Permanece o questionamento sobre as limitações do acesso dessas crianças ao tratamento ou se existe um conflito entre os dados desta pesquisa com os do levantamento.

### 5.3 Sugestões para a Redução da Prevalência da CPI

Foi inserido ao roteiro de entrevista o seguinte questionamento: se, diante dos resultados apresentados pelo SB Brasil 2010, percebe a possibilidade de se atingir melhores metas, como 80% de crianças livres de cárie, por exemplo.

A maior parte dos profissionais que responderam claramente sobre a questão considerou possível atingir essa meta e um menor número achou difícil conseguir esse resultado, pelo menos em curto prazo.

“Eu acho que sim, eu acho que tem sim, se o profissional se dividir certinho nas tarefas que ele tem que fazer numa unidade de saúde, com certeza, do trabalho nas escolas, visitas né, nas escolas, e até o próprio convite das agentes de saúde, aproveitar as pesagens do Bolsa Família né, eu acho que teria como sim, a gente num determinado tempo e local, a gente consegue sim fazer, eu creio nisso” [E12], e;

“Difícil, não é impossível, porque tem coisas que não depende só da gente, não depende, por exemplo, só da atenção básica, não depende só do Centro de Especialidade, depende de decisão política (...) então, seria possível se houvesse uma regulamentação, o papel regulador do Estado sobre essas políticas maiores, enquanto, por exemplo, vir só daqui pra lá, a prevenção que a gente faz aqui no consultório, na escola, por si só não é suficiente pra alcançar essa meta não” [E19].

Essas duas falas exemplificaram as respostas dadas, onde os que percebem a possibilidade de aumento no número de crianças livres de cárie sugeriram ações no nível local, através da melhor implementação das políticas já existentes, organizadas em equipe, como atividades educativas e preventivas, longitudinalidade, intersetorialidade, busca ativa, melhor estrutura física e disponibilização de materiais e educação permanente. Interessante que essas respostas coincidem com as dificuldades apresentadas tanto para a prevenção quanto para o controle da CPI.

Já os participantes que perceberam a maior dificuldade em atingir essa meta, embasaram suas respostas principalmente pela necessidade de implementação de políticas públicas que atinjam aspectos socioeconômicos, culturais e de condições de vida, atreladas às ações locais.

Alguns profissionais descreveram suas sugestões através da vinculação de ações locais com ações em nível estadual ou federal, através da utilização da mídia como forma mais abrangente de promover educação em saúde, citada por dois profissionais.

“Ministério da Saúde às vezes dando uma olhar especial pra saúde bucal né, da mesma maneira que tem as campanhas de vacinação né, não sei se na época que começou o Brasil Sorridente foi uma época que a saúde bucal teve mais, foi mais valorizada, foi mais vista né, agora deu uma apagada. Eu acho que em nível de país, eu acho que poderia partir uma ação do Ministério da Saúde passando pros estados, pros municípios, até mesmo na ajuda, até mesmo na mídia né, na televisão, com propagandas e distribuição de material educativo né, produção e distribuição de material educativo pra que a gente possa ter mais recursos pra trabalhar, acho que seria uma forma que poderia ajudar em um nível mais geral” [E18].

E outra expressão interessante foi a dicotomia entre as ações mais proximais das questões socioeconômicas.

“Eu acho que é possível, desde que os pais estejam completamente responsabilizados na situação do cuidado com a higiene da criança em casa, porque a gente sabe que o nosso trabalho ele é, em um universo de 100% ele é 10%, 90% são os hábitos dessas crianças em casa, tirando completamente o fator soci, tira o fator social daí, tira ele” [E9].

Aí mais uma vez a necessidade de responsabilização dos pais aparece, o que foi contraditório com as percepções dos DSS. O profissional pareceu minimizar a importância das ações educativas para a promoção de mudança de hábitos, ou porque não acredite na efetividade dessas ações ou talvez como forma de se desresponsabilizar. Quem ficaria responsável por fazer essas transformações para que os pais se responsabilizem pelos filhos? Estaria esta tarefa incluída nos 10% do trabalho profissional?

A complexidade da questão foi tamanha, que pensar o fator social juntamente com a atuação dos profissionais não parece possível, ficando a opção de retirar de cena esse determinante. A participação social em saúde assim ficou comprometida, onde

profissionais pareceram ter se esquivado das discussões e embates políticos na construção de um SUS mais efetivo.

Esses achados coincidiram com os de Baker et al (2018) em que os estudos dos DSS relacionados à saúde bucal na infância focaram principalmente os aspectos proximais, e com menor frequência os aspectos estruturantes. Porém, segundo os autores, as medidas focadas no indivíduo, como a educação e práticas de higiene bucal, são limitadas.

Também Câmara et al (2012) revelaram que embora os profissionais de saúde que atuam na ESF tenham informações sobre o conceito ampliado de saúde,

O modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados focalizando a doença, e todas as ações estão centradas no seu enfrentamento. Há necessidade de modificações conceituais na formação desses profissionais e a inclusão do enfoque coletivo na educação permanente, abordando o conceito ampliado de saúde com seus determinantes sociais e contextuais. Faz-se necessário também a busca de novas metodologias de educação em saúde que vão além da informação, promovendo a ressignificação dos conceitos do processo saúde-doença e possibilitando, de fato, o estabelecimento de novas práticas e novos processos de trabalho em saúde (p. 48).

Conhecer como os DSS atuam sobre o estilo de vida adotado pelos indivíduos e comunidade é de extrema importância quando se pensa em uma prática transformadora focada em promover saúde. Para isso, Tiwari (2018) chamou a atenção para a necessidade da formação dos profissionais de saúde para compreenderem melhor como os fatores não médicos e biológicos afetaram a saúde e compreenderem melhor as escolhas e hábitos de pessoas que vivem na pobreza para que os “remédios” prescritos atuem também na causalidade social.

É possível concluir que os profissionais percebiam a necessidade de implementação das práticas, com maior envolvimento e organização de metas e ações que promovam ampliação do acesso aos serviços e, a redução da prevalência da CPI. Porém, diante de toda a discussão que envolve a determinação social da doença, é difícil pensar que o cirurgião-dentista da SF com a equipe, da forma como se apresentaram, consiga levar às crianças mudanças significativas quanto à saúde bucal.

Para que a implementação da PNSB possa acontecer de forma adequada é imprescindível que as Políticas Públicas estejam integradas, com envolvimento dos

gestores dos vários setores e esferas, incluindo a disponibilização de recursos e insumos. A partir de uma estruturação em rede e de forma integrada se viabiliza a incorporação dos profissionais e da população ao projeto.

***Considerações finais***

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou uma visão da CPI no município, a partir da perspectiva de quem vivencia o problema em sua prática profissional diária, no âmbito da Saúde da Família. O método escolhido permitiu uma apreensão da problemática, inclusive abrindo uma oportunidade para que os participantes refletissem a respeito do problema em seus vários aspectos, da percepção às condutas.

A elaboração dos resultados e da discussão foi vivenciada como um desafio, principalmente no que diz respeito à síntese do material a fim de transmitir as representações e os significados apreendidos. A organização do material relativo aos DSS foi o mais complexo, diante da diversidade e divergências de informações. Esse processo expressou a importância das discussões, envolvendo esses aspectos tão vinculados à promoção de saúde e à prevenção de doenças.

Verificou-se que a CPI é percebida como um problema pela maioria dos profissionais. A localização mais periférica do problema dentro da área do município, e a associação à baixa renda e pouca escolaridade dos pais reforçaram o caráter excludente da saúde bucal no país. Confirmaram também, que a cárie atrelada a outras iniquidades em saúde, ligadas às condições e estilo de vida adotado pelas famílias, expõe, principalmente as crianças de famílias de menor renda às adversidades decorrentes do desenvolvimento precoce da doença.

O trabalho desenvolvido na SF aproximou os cirurgiões-dentistas da comunidade, sensibilizando os profissionais e promovendo uma percepção maior do envolvimento dos DSS, mas essa percepção não é suficiente para mudar a prática profissional de forma a atender aos princípios e diretrizes da PNSB. A formação e a hegemonia do modelo privatista tiveram grande expressão nas condutas adotadas, embora algumas vezes tenha sido percebido o interesse, a crítica e a autocrítica, sobre os processos de trabalho executados.

Percebeu-se que a mudança de modelo apresenta resistência no nível da gestão, dos profissionais e da comunidade, para que se consiga promover transformações. Essa é a proposta do SUS quando apresenta mecanismos como o controle social e as Comissões e Conferências de Saúde.

Contudo, a implementação desses mecanismos exigem planejamento, subsídios práticos e científicos, que muitas vezes não estão claros nos planos de gestão, ou

não são repassados de forma eficiente. Os profissionais se mostraram preparados para exercerem a clínica odontológica, mas talvez, não estejam ainda qualificados para exercer a atenção primária, dentro do modelo da clínica ampliada e da promoção da saúde.

Tendo a CPI determinações comuns às principais doenças crônicas, a implantação das políticas de promoção de saúde de forma interdisciplinar e intersetorial se mostra decisiva. A gestação é um período em que a mulher se aproxima dos serviços de saúde e geralmente se mostra mais aberta a mudanças em seu estilo de vida. Vencer os entraves apresentados para que essa oportunidade se transforme em reflexão e a adoção de alternativas de hábitos saudáveis nas famílias que protejam as crianças da experiência de cárie na dentição decídua se apresenta como decisivos para a melhoria da saúde bucal das futuras gerações.

A reflexão sobre as condutas, as dificuldades e as potencialidades, foram importantes para o planejamento de ações com o objetivo de vencer os desafios apresentados quanto à implantação de políticas de saúde em nível local, relativos principalmente ao acesso, à longitudinalidade, à equidade, à intersetorialidade e, ao trabalho em equipe. A superação da fragmentação do trabalho nas equipes bem como do isolamento das ESB, se mostraram como de urgente enfrentamento.

A responsabilidade da formação profissional na graduação e pós-graduação, e também, da qualificação das gestões nos vários níveis, bem como, a Educação Permanente que promova a discussão e alternativas construídas conjuntamente, se mostraram necessárias para a implementação das ações, com foco na saúde e não na doença, como identificada na prática atual.

Mostrou-se necessário ainda, trabalhar valores na Educação Permanente. A percepção do problema demonstrou a presença de ideias distorcidas, algumas vezes com preconceitos, direcionados as classes sociais e à cultura, apresentando tendência de responsabilização das famílias pelos agravos. Essa percepção dificulta a empatia e a compreensão das escolhas e, alternativas apresentadas pelas famílias e, reduz a responsabilidade do modelo de exercício profissional e de gestão nas representações e comportamento da população, relativos à saúde bucal.

Com relação ao flúor na água de abastecimento, o estudo apontou a importância de pesquisa que investigue a relação da CPI com o uso de água de cisterna pelas

famílias, que avalie a efetividade ou não do efeito halo através da amamentação ou do consumo de produtos industrializados e, em outros ambientes.

A adoção de estratégias locais de enfrentamento com planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, nos vários níveis, é necessária, mas se apresentam limitadas diante da influência dos macrodeterminantes. Políticas que promovam emprego e renda, principalmente visando à redução das desigualdades e a inclusão social, que supra a demanda por creches e educação infantil, e crie condições para a promoção de alimentação e práticas saudáveis, se apresentam indispensáveis para o tratamento das iniquidades em saúde, entre elas a CPI.

Diante dos resultados e das discussões proporcionadas pela pesquisa, a pesquisadora se apresentou com a responsabilidade de levar esse estudo ao conhecimento da gestão e dos profissionais do município avaliado, a fim de subsidiar a organização dos serviços e das políticas. Também se comprometeu com a sua divulgação por meio de artigos, para somar a outras discussões em busca de melhor qualidade de vida às nossas crianças.

A ampliação desta pesquisa, em termos de territorialidade, envolvendo atores da comunidade e gestores, permitiria a confrontação de dados e uma compreensão mais ampla sobre o tema.

## ***Referências***

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, L.A.; BARRETO, R.A. Psicologia e odontopediatria: entre pedaços e/ou relações? In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. 3ª ed., 1.reimpr. São Paulo: Santos, 2011. cap. 2, p. 9-21.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Oral health policies. **References manual**, v. 32, n. 6, p. 41-44, 2010.
- ARDENGI, T.M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J.L.F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, supl. 3, p. 129-137, 2013.
- BAKER, S.R. et al. Structural Determinants and Children's Oral Health: A Cross-National Study. **Journal of Dental Research**, p. 1-8, 2018.
- BERKOWITZ, R.J. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. **J Can Dent Assoc**, v. 69, n.5, p. 304-7, 2003.
- BOING, A.F. et al. Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Suppl D.S.S., p. 102-115, 2014.
- BÖNECKER, M. et al. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. **Braz Oral Res.**, v. 26, Spec Iss 1, p. 103-7, 2012.
- BORGES, H.C. et al. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. **Braz Oral Res.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 564-70, 2012.
- BRASIL. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). **Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social**. Brasília-DF: 3ª CNSB, 2005.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília-DF: CONASS, 2011.
- \_\_\_\_\_. MS. **As cartas da promoção da saúde**. Série: B. Textos básicos em saúde. Brasília-DF: MS, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília-DF: MS, 2004.
- \_\_\_\_\_. MS. **Saúde Bucal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, nº17. Brasília-DF: MS, 2008.
- \_\_\_\_\_. MS. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília-DF: MS, 2012a.
- \_\_\_\_\_. MS. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília-DF: MS, 2012b.
- \_\_\_\_\_. MS. **SB BRASIL 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais**. Brasília-DF: SB Brasil, 2012c.
- \_\_\_\_\_. MS. **SB Brasil 2010. Relatório final** – município de Anápolis/GO. Anápolis-GO: MS, 2012d.

\_\_\_\_\_. MS. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília-DF: MS, 2014.

\_\_\_\_\_. MS. **Programa Saúde na Escola**. Caderno do Gestor do PSE. Brasília-DF: MS, 2015.

\_\_\_\_\_. MS. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília-DF: MS, 2018.

BULLAPPA, D. et al. Association of Feeding Methods and Streptococcus mutans Count with Early Childhood Caries: A Cross-sectional Study. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 10, n. 2, p. 119-125, 2017.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. **O Conceito de Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais**. Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz, Bio-Manguinhos, 2010.

CÂMARA, A.M.C.S. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Rev. Bras. de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 40-50, 2012.

CAMARGO, M.B.J. et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 87-97, 2012.

CAMERON, A.C. **Manual de odontopediatria**. 3ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2012.

CARVALHO, D.M. et al. O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n.1, p. 139-149, 2010.

CASTILHO, A.R.F. et al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr.**, v. 89, n. 2, p.116–123, 2013.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000. p. 154

\_\_\_\_\_. A Ideologia da Competência: Escritos de Marilena Chauí volume 3. In: ROCHA A. (org.) (e-book). \_\_\_\_\_. Belo Horizonte: Autêntica; São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, abril, 2008.

CORRÊA, M.S.N.P. et al. A importância da boca da gestação à adolescência. In: \_\_\_\_\_. **Conduta clínica e psicológica na odontopediatria**. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013. Cap. 5, p. 53-66.

CORRÊA, M.S.N.P.; ROCHA, G.S.T.; FONTELES, D.S.R. Aspectos psicológicos da prevenção. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Conduta clínica e psicológica na odontopediatria**. 2ª ed. São Paulo-SP: Santos, 2013. cap. 24, p. 237-246.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90-6, 2013.

CRUZ, M.C.C. et al. Método de educação em saúde bucal para estudantes. **Arch Health Invest**, v.4, n.5, p. 46-54, 2015.

- CRUZ, M.G.B.; NARVAI, P.C. Cárie e água fluoretada em dois municípios brasileiros com baixa prevalência da doença. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 28, p. 1-11, 2018.
- CURY, J.A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L.N. **Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades**. Santos-SP: Ed. Santos, 2001. Cap. 2, p. 34-68.
- EMMI, D.T. et al. Knowledge of pediatricians and the importance of interdisciplinarity in attention to oral health in early childhood. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 39, n. 1, p. 115-122, 2017.
- ESMERIZ, C.C. et al. Métodos de uso coletivo de flúor. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. cap. 25, p. 488-506.
- FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). Fdi Policy Statement. **Non-Communicable Diseases**. Adopted by the FDI General Assembly. Hong Kong, 31 Ago 2012. Disponível em:<  
<https://www.fdiworldental.org/sites/default/files/media/images/Non-communicable%20diseases-2012.pdf>> Acesso em: 08 Jun. 2018.
- FEITOSA, S.; COLARES, V. As Repercussões da Cárie Precoce na Infância na Qualidade de Vida de Pré-escolares. **JBP – Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 34, p. 542-8, 2003.
- FERNANDES, C.M. As famílias e suas crianças. In: TRAD, L. A. B. et al. (org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro-RJ: Ed. Fiocruz, 2010. Cap. 10, p. 227-242.
- FERNANDES, F.R.C. et al. A cárie dentária. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. 3<sup>a</sup> ed., 1.reimpr. São Paulo-SP: Santos, 2011. cap. 19, p. 241-254.
- FERNANDEZ, J.C.A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 167-179, 2014.
- FONSECA, E.P.; FONSECA, S.G.O.; MENEGHIM, M.C. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. **ABCS Health Sci**, v. 42, n. 2, p. 85-92, 2017.
- GLICK, M. et al. [A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health](#). **International Dental Journal**, v.66, p. 322–324, 2016.
- GOMES, D.; DA ROS, M.A.A. etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p. 1081-1090, 2008.
- GUIMARÃES, M.S. et al. Atividade de cárie na primeira infância: fatalidade ou transmissibilidade? **Cienc Odontol Bras**, v. 7, n. 4, p. 45-51, 2004.
- HANNA, L.M.O.; NOGUEIRA, A.J.S.; HONDA, V.Y.S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**, v. 55, n.3, p. 271-274, 2007.
- HOBDELL, M. et al. Global goals for oral health 2020. **Int Dent J**, v. 53. n. 5, pp. 285-288, 2003.
- HOFFMANN, E.; TETÉO, K.F.C.; FREIRE, M.M.O. Atenção Primária à Saúde em Natal. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 178-193, 2015.
- KRANZ, A.M.; PREISSER, J.S.; ROZIER, R.G. Effects of Physician-Based Preventive Oral Health Services on Dental Caries. **Pediatrics**, v.136, n. 1, 2015.

LANGDON, E.J.; WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LEMOS, L.V.F.M. et al. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. **Einstein**, v. 12, n. 1, p. 6-10, 2014.

LOSSO, E.M. et al. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 4, p. 295-300, 2009.

LOURENÇO, E.C. Programa (Estratégia) Saúde da Família no Brasil – 15 anos. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva**. Nova Odessa: Napoleão. Cap. 16, p. 36-58.

MACAMBIRA, D.S.C.; CHAVES, E.S.; COSTA, E.C. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 463-472, 2017.

MACHADO, M.A.A.M. et al. Protocolos clínicos, preventivos e restauradores no atendimento odontológico de bebês. In: MACHADO, M. A. A. M.; SILVA, S. M. B.; ABDO, R. C. C. **Odontologia para bebês: protocolos clínicos preventivos e restauradores**. São Paulo-SP: Santos, 2005. cap. 4, p. 73-136.

MALTA, D.C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n. 6, p.1683-1694, 2016.

MANTON, D.; DRUMMOND, K.; KILPATRICK, N. Cárie dentária. In: CAMERON, A. C. **Manual de odontopediatria**. 3.ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2012. Cap. 3, p. 39-51.

MARTINS, C.L.C.; JETELINA, J.C. Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. **J Oral Invest**, v. 5, n.1, p. 27-33, 2016.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MIALHE, F.L. et al. Educação em saúde. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. Cap. 24, p. 441- 486.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2001.

MOYSES, S.J. Intersetorialidade e multidisciplinaridade como desafios para a odontologia. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva**. Nova Odessa: Napoleão. Cap. 3, p. 59-72.

MOZZATTO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Documentos e debates: Análise de conteúdo. **RAC**, v.15, n.4, p.731-747, 2011.

NARVAI, P.C. Há metas em saúde bucal para 2010? **Jornal Odonto**, Ano IV, n. 52, Primeira quinzena de junho, 2002.

\_\_\_\_\_. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 141-7, 2006.

- NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: Muito Além do Céu da Boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial. **Rev. de Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Promoción de la salud. 43º Consejo Directivo, 53º Sesión del Comité Regional**, Washington, 2001. Disponível em [http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_14-s.pdf](http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_14-s.pdf) . Acesso em: 05 de maio de 2018.
- PERES, M.A. et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 6, n. 4, 2003.
- PINEDA, I.C.; OSORIO, S.R.G.; FRANZIN, L.C.S. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. **Revista UNINGÁ**, v. 19, n. 3, p. 51-55, 2014.
- RANGEL, M.L. Desafios e limites de estratégias de promoção da saúde dirigidas à família. In: TRAD, L. A. B. et al. (org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. 22ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz, 2010. Cap. 7, p. 157-178.
- ROBERTO, L.L. et al. Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1601-1613, 2017.
- SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SANTOS, S.K.Z.; DA ROS, M.A. Ressignificando promoção de saúde em grupos para profissionais e saúde. **Rev. Bras. de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 189-196, 2016.
- SCHWENDLER, A.; FAUSTINO-SILVA, D.D.; ROCHA, C.F. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 201-207, 2017.
- SILVA, E.L. Odontologia para bebês. **Revista Paraense de Medicina**, v. 21, n. 4, p. 53-57, 2007.
- SILVA, R.P.; ASSAF, A.V.; MIALHE, F.L. Diagnóstico da cárie dentária: uma visão além da boca para o planejamento de ações em saúde coletiva. In: PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. Cap. 16, p. 316-339.
- SILVA, R.A. et al. Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes. **Rev. paul. Pediatr.**, v. 31, n. 1, p. 83-89, 2013.
- SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Sociedade**, v.22, n.1, p.44-56, São Paulo, 2013.
- STOCCO, G.; BALDANI, M.H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 4, p. 2311-2321, 2011.
- TIWARI, T. Social Determinants of Health: an essential element in dental education. **Journal of Dental Education**, v. 82, n. 3, p. 235-236, mar., 2018.

TRAD, L.A.B. **Família Contemporânea e Saúde:** significados, práticas e políticas públicas. 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz, 2010.

VAITSMAN, J. In: TRAD, L. A. B. et al. (org.). **Família contemporânea e saúde:** significados, práticas e políticas públicas. 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz, 2010.

VICENTE, V.A. et al. Relação entre a prevalência da doença cárie e risco microbiológico. **Cienc. Odontol. Bras**, v. 11, n. 2, p. 44-48, 2008.

VOLPATO, L.E.R. et al. When and Why Parents Seek Dental Care for Children under 36 Months. **Journal of International Oral Health**, v. 5, n. 4, p. 21-25, 2013.

# ***Apêndices***

**Perfil Profissiográfico:**

- 1- Sexo:
- 2- Quanto tempo de atuação profissional?
- 3- Há quanto tempo atua na ESF?
- 4- É especialista? Em que área?

**Percepções e condutas de enfrentamento da CPI:****1- Percepções sobre a CPI**

**1.1-** Gostaria que você falasse como tem percebido a Cárie Precoce na Infância na unidade de saúde em que trabalha?

**1.2-** É muito prevalente? Substituída por: - **É percebida como um problema na região adstrita à unidade de saúde?** Porque acha que está assim?

**1.3-** A população tem acesso à água tratada e fluoretada na região?

**1.4-** As crianças tem acesso ao flúor tópico. (Abordar indicação de pastas de dente com flúor).

**2- Conduta relatada sobre o atendimento odontológico ao bebê e à criança em idade pré-escolar**

**2.1-** Tem conseguido atender à demanda?

**2.2-** As crianças tem tido acesso à consulta odontológica no primeiro ano de vida?

**2.2.1-** Como acontece o acesso ao atendimento odontológico? Por demanda espontânea, encaminhamento de outros profissionais, programas?

**2.3-** Você sente alguma dificuldade em atender essas crianças?

**2.3.1-** Quais?

**2.4-** Tem adotado alguma estratégia para o controle da CPI?

**2.4.1-** Quais?

**2.4.2-** Como tem percebido os resultados?

**2.5-** Tem encaminhado essas crianças para atendimento em odontopediatria nas unidades do CEO?

**2.5.1-** Que critérios têm adotado para realizar os encaminhamentos?

**2.5.2-** Como avalia a rede de atendimento a essas crianças no município?

### **3- Relatos sobre o trabalho em equipe**

**3.1-** Tem realizado atividades de promoção de saúde e prevenção junto à equipe, com foco na saúde do bebê e da criança em idade pré-escolar?

**3.2-** Tem adotado alguma estratégia junta à equipe, para criar acesso ao atendimento odontológico dos bebês e crianças em idade pré-escolar?

### **4- Sugestões**

**4.1-** Quais sugestões você aponta para o enfrentamento do problema no município?

**Adicionadas posteriormente:**

**4.2-** Acha possível atingir melhores metas como, por exemplo, 80% de crianças livres de cárie aos 5 anos de idade?

**4.3-** Quais as sugestões para atingir essa meta?

**APÊNDICE B – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
NUCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Percepções e condutas dos cirurgiões-dentistas da saúde da família acerca da prevenção da Cárie Precoce na Infância”. Meu nome é Maria Angélica Magalhães Rodrigues, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a Saúde Coletiva. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (marielica@hotmail.com) e, através do telefone: (62) 98158-2345, em ligação à cobrar e/ou mensagem via whatsapp. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

**1. Informações Importantes sobre a Pesquisa:**

A pesquisa intitulada “Percepções e condutas dos cirurgiões-dentistas da saúde da família acerca da prevenção da Cárie Precoce na Infância” é parte integrante da dissertação de mestrado em elaboração no Programa de Mestrado Profissional do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), da Universidade Federal de Goiás.

O tema surgiu do interesse e preocupações da pesquisadora sobre questões relacionadas à odontopediatria, e por inquietações diante dos desafios em trabalhar ações preventivas e curativas que resultassem em melhoria expressiva da condição

de saúde bucal nas crianças, vivenciadas no exercício da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tem como objetivo conhecer as percepções e as condutas para a prevenção e o controle da Cárie Precoce na Infância (CPI), de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de um município goiano. Pretende, através de seus resultados, subsidiar discussões para a elaboração de estratégias mais eficientes para o controle da CPI, no âmbito da saúde coletiva. É uma pesquisa qualitativa e seus dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas aos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF.

A entrevista será gravada para posterior transcrição. Embora a pesquisa tenha baixo potencial de oferecer riscos aos participantes, cuidados serão tomados para evitar desconforto ou possíveis riscos físicos e psicossociais durante as atividades de coleta dos dados, as mesmas serão executadas em ambiente que propicie a sua realização. As entrevistas serão realizadas no ambiente de trabalho dos participantes ou em locais indicados pelos mesmos, como forma de evitar possíveis despesas decorrentes da cooperação com a pesquisa. O sigilo das informações e opiniões coletadas durante a realização da pesquisa será assegurada por meio da garantia de privacidade e do anonimato dos/as participante/s. O seu nome ou qualquer outra informação que o identifique não serão divulgados. Os dados ficarão guardados, sob responsabilidade e acesso exclusivo da pesquisadora, por um período de cinco anos e após esse período serão destruídos. A qualquer momento você poderá se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Você também poderá se recusar a responder questões que lhe causem constrangimento na entrevista. Caso os seus direitos não sejam garantidos você poderá pleitear indenização (reparação a danos imediatos ou futuros), garantida em lei, decorrentes da participação na pesquisa.

Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,.....,  
inscrito(a) sob o RG/ CPF....., abaixo assinado,  
concordo em participar do estudo intitulado “Percepções e condutas dos cirurgiões-dentistas da ESF associadas à prevenção e ao controle da Cárie Precoce na Infância”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação

nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) responsável Maria Angélica Magalhães Rodrigues, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Anápolis,.....de..... de.....

---

Assinatura por extenso do(a) participante

---

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

***Anexos***

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÕES E CONDUTAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA PREVENÇÃO DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA

**Pesquisador:** MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 74254917.0.0000.5083

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.312.982

**Apresentação do Projeto:**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES E CONDUTAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA PREVENÇÃO DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA. Pesquisadora Responsável: MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES. N. CAAE: 74254917.0.0000.5083. Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Membro da equipe de pesquisa: MARIA GORETTI QUEIROZ.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer as percepções e as condutas de cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família, sobre a Cárie Precoce na Infância, em um município goiano.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar se a CPI é percebida como um problema pelo cirurgião-dentista, na área de abrangência da ESF em que atua;
- Identificar potencialidades e limitações percebidas pelos cirurgiões-dentistas em relação às ações preventivas e ao atendimento odontológico da criança menor de 6 anos;

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.312.982

- Conhecer como o cirurgião-dentista relata sua interação com outros profissionais de saúde da equipe da ESF, em ações para o controle da CPI;
- Identificar as estratégias adotadas pelo cirurgião dentista para o controle da CPI.
- Identificar as sugestões dos cirurgiões dentistas da ESF em relação ao atendimento à criança menor de 6 anos;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Relatam que:

"Riscos: A pesquisa oferece pouco risco aos participantes, como possível exposição ou constrangimento, podendo ser interrompida a qualquer momento, caso seja solicitado.

Benefícios:

Tem relevância social, pois visa oferecer informações para o enfrentamento da doença crônica mais comum na infância, a cárie dentária."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Critério de Inclusão:** Ser cirurgião-dentista da ESF no município. Ter atuado na unidade da ESF nos últimos 6 meses.

**Critério de Exclusão:**

Estar de licença médica ou de férias durante a coleta dos dados; Estar na gestão dos serviços de saúde; Estar atuando como pesquisador(a), nesta pesquisa.

Pretendem incluir um cirurgião-dentista de cada Unidade de ESF no município, com exceção da pesquisadora que integra uma das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Atualmente, o município conta com 36 Unidades de ESF, e 59 equipes da ESF, destas, 58 possuem uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade I, compostas por um cirurgião-dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Assim, está previsto 35 participantes, onde, nas unidades que possuem mais de uma ESB, o profissional participante será indicado pelos cirurgiões-dentistas que atuam no local.

As entrevistas serão marcadas previamente e, de preferência, realizadas no ambiente de trabalho do participante da pesquisa, quando não for possível, um local adequado e oportuno será combinado entre pesquisador e participante. As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente. Na transcrição cada participante será identificado com um número ou letra, de forma aleatória, a fim de manter sigilo dos participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto devidamente assinada.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



UFG - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.312.982

- Termo de compromisso da equipe de pesquisa.
- Termo de Anuência da Secretaria de Saúde de Anápolis.
- Termo de Anuência da Atenção Básica do Município de Anápolis.
- TCLE: garante o direito à indenização em caso de danos advindos da participação, em caso de constrangimento há o direito de não responder ou participar, garante o sigilo da identificação do participante.
- Apresentam os instrumentos de coleta de dados, a saber: (quais as percepções sobre a CPI; quais as condutas relatadas sobre o atendimento odontológico ao bebê e à criança em idade pré-escolar; relatos sobre o trabalho em equipe; quais as sugestões apontadas para o enfrentamento do problema no município.)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste Comitê.

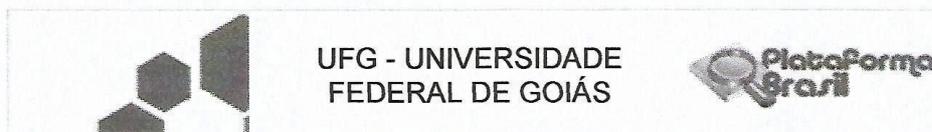
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para agosto de 2019.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_952933.pdf	02/10/2017 20:04:05		Aceito
Outros	carta_ao_CEP.pdf	02/10/2017 20:01:59	MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PARA_COMITE_DE_ETICA_B.pdf	02/10/2017 19:57:49	MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA_SEMI.pdf	02/10/2017	MARIA ANGELICA	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.312.982

Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA_SEMI.pdf	19:50:47	MAGALHAES RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DIGITALIZADO.pdf	07/08/2017 19:06:24	MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_ASSINADO.pdf	07/08/2017 19:00:32	MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_SECRETARIA.pdf	07/08/2017 18:57:45	MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_AT_BASICA.pdf	07/08/2017 18:56:56	MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	07/08/2017 18:52:36	MARIA ANGELICA MAGALHAES RODRIGUES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 03 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:**  
**João Batista de Souza**  
**(Coordenador)**

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com