



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



RENAN CABRAL DE FIGUEIRÊDO

**O ACOMPANHAMENTO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: A INSERÇÃO DO DENTISTA NO PROCESSO
DO CUIDAR**

NATAL/RN

2019

RENAN CABRAL DE FIGUEIRÊDO

O ACOMPANHAMENTO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: A INSERÇÃO DO DENTISTA NO PROCESSO DO
CUIDAR.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maísa Paulino Rodrigues

Natal/RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Figueirêdo, Renan Cabral de.

O acompanhamento, crescimento e desenvolvimento infantil na
Atenção Básica de Saúde: a inserção do dentista no processo do
cuidar / Renan Cabral de Figueirêdo. - 2019.

83f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rede Nordeste de
Formação em Saúde da Família. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Dra. Máisa Paulino Rodrigues.

1. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. 2.
Desenvolvimento infantil - Dissertação. 3. Saúde Bucal - Crianças
- Dissertação. I. Rodrigues, Máisa Paulino. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614

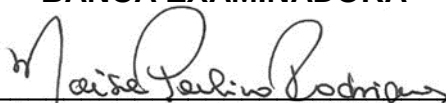
RENAN CABRAL DE FIGUEIRÊDO

O ACOMPANHAMENTO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: A INSERÇÃO DO DENTISTA NO PROCESSO DO
CUIDAR

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em
Saúde da Família no Nordeste, da Universidade Federal do Rio
Grande do Norte, como requisito à obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

Aprovado em: 11 de outubro de 2019.

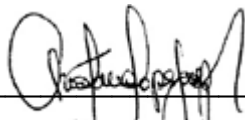
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Maísa Paulino Rodrigues

Orientadora

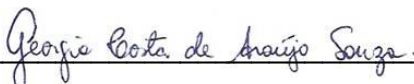
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



Prof^a. Dr^a. Ana Tânia Lopes Sampaio

Membro interno

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



Prof^a. Dr^a. Geórgia Costa de Araújo Souza

Membro externo à instituição

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Prof^a. Dr^a. Janete Lima de Castro

Membro Suplente

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

*Dedico esse trabalho
à minha família.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pela vida e por todas as oportunidades que me concedeu.

À minha família por todo o apoio e especialmente à minha esposa, Ana Cláudia, que acompanhou mais de perto toda a batalha e suportou toda a agonia, e minha filhinha Laura, que me manteve sempre firme com seu amor mais puro e de onde veio toda a inspiração para o trabalho.

À minha orientadora Máisa, que me aceitou mostrando-se sempre disposta a colaborar com sua ajuda.

A todo corpo docente da terceira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família pelos ensinamentos.

À RENASF e ao Ministério da Saúde pela oportunidade do Mestrado.

Aos colegas de turma, que viraram amigos e seguem na batalha pela manutenção e por um SUS cada vez melhor.

Aos colegas de profissão que puderam contribuir para o desenvolvimento do trabalho.

Aos amigos que me proporcionaram momentos de distração e de desabafos nos últimos dois anos.

Aos funcionários da UFRN por todo o trabalho em conjunto para manutenção e funcionamento da universidade.

Aos colegas de trabalho e parceiros nas realizações das atividades de dispersão.

E, finalmente, a todos os pacientes que passaram por meus cuidados, pela confiança e por acreditarem no meu trabalho.

*“Cante, chore, dance, ria e viva
intensamente antes que a cortina se
feche e a peça termine sem aplausos”.*

Charlie Chaplin

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe reorientar os serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica do SUS. As consultas de crescimento e desenvolvimento (CD) fazem parte do escopo de ações da ESF e têm por propósito auxiliar o crescimento saudável da criança, visando garantir seu pleno desenvolvimento. Nessa direção, a atenção e a assistência odontológica, iniciadas durante os primeiros meses de vida da criança, e o acompanhamento subsequente podem contribuir sobremaneira para a prevenção de doenças bucais, melhorando também a aceitação do tratamento odontológico, quando necessário. Este estudo teve por objetivo analisar a inserção de procedimentos odontológicos nas consultas de CD, no âmbito da ESF, além de conhecer a percepção dos dentistas acerca do tema e as ações de saúde bucal por eles ofertadas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória de caráter intervencionista cujos instrumentos de coleta de dados foram os questionários e grupo focal, aplicados junto aos dentistas da ESF, de um município de médio porte, do Nordeste brasileiro. O material obtido foi transcrito e submetido à análise de conteúdo conforme preconizada por Bardin. Da análise emergiram 2 categorias: concepções dos dentistas sobre CD e ações desenvolvidas pelos dentistas no CD. Os resultados apontaram que a saúde bucal se apresenta como potencialidade nas consultas de CD, fortalecendo o processo de cuidar e contribuindo para a ampliação da saúde bucal das crianças. Entretanto, essas ações aconteciam de forma espontânea, de acordo com o desejo e a compreensão dos cirurgiões-dentistas. Assim, fez-se necessário sistematizar a atenção em saúde bucal para as consultas de CD, por meio da organização, de forma colaborativa e como devolutiva ao serviço, de um protocolo de assistência odontológica no CD, assim como cursos de educação permanente, instituindo, oficialmente, tal prática no município.

Palavras-chave: Crescimento e Desenvolvimento. Estratégia Saúde da Família. Saúde Bucal.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) proposes to reorient health services within the scope of SUS Primary Care. Growth and Development (CD) consultations are part of ESF actions and are intended to assist the healthy growth of children, with the purpose to help their full development. In this direction, dental care and health assistance started during the first months of a child's life and subsequent follow-up, can greatly contribute to the prevention of oral diseases and also improve the acceptance of dental treatment when necessary. The objective of this study was to analyze the insertion of dental procedures in the ESF consultations, within the scope of the ESF, as well as to know the dentists' perception about the theme and the oral health actions offered by them. This is a qualitative research, exploratory of interventionist character whose data collection instruments were the questionnaires and focus group, applied to the dentists of the ESF, a medium-sized municipality in the northeast of Brazil. The material obtained was transcribed and subjected to content analysis as recommended by Bardin. Two categories emerged from the analysis: dentists' conceptions of CD and actions developed by dentists in CD. The results indicated that oral health presents as potentiality in the GD consultations, strengthening the care process and contributing to the expansion of children's oral health. Meantime, these actions happened spontaneously, according to the desire and understanding of dental surgeons. Like this, it was necessary to systematize oral health care for CD consultations, through the organization, collaboratively and as devolutive to service, of a dental care protocolo on the CD, as well as continuing education courses, instituting, officially such practice in the municipality.

Keywords: Growth and Development. Family Health Strategy. Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS: Atenção Básica em Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CD: Crescimento e Desenvolvimento

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CPO-D: Índice de dentes Cariados Perdidos e Obturados

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ESB: Equipe de Saúde Bucal

ESF: Estratégia Saúde da Família

EMCM: Escola Multicampi de Ciências Médicas

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRA: Infecções Respiratórias Agudas

MPSF: Mestrado Profissional em Saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

NASF - AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PSF: Programa Saúde da Família

PSSI: Primeira Semana de Saúde Integral

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RENASF: Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

RN: Rio Grande do Norte

SUS: Sistema Único de Saúde

UFRN: Universidade Federal de Rio Grande do Norte

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Políticas públicas de atenção à saúde da criança	17
3.1.1 Um dos primeiros passos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).....	17
3.1.2 Efetivação de direitos: O Estatuto da Criança e do Adolescente	17
3.1.3 Avanço nos serviços de saúde: Iniciativa Hospital Amigo da Criança	18
3.1.4 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	19
3.1.5 Método Canguru: Atenção Integral ao recém-nascido de baixo peso	19
3.1.6 Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil	20
3.1.7 Organização do cuidado em Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha.....	21
3.1.8 O desafio de garantir acesso integral: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	22
3.1.9 Assistência integral ao nascimento: Programa de Segurança ao Parto da Organização Mundial de Saúde	24
3.2 Políticas de saúde bucal	24
3.3 O crescimento e desenvolvimento infantil	28
3.4 A odontologia no crescimento e desenvolvimento infantil.....	31
4 CAMINHO METODOLÓGICO	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Cenário do estudo	38
4.3 Sujeitos do estudo	39
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	39
4.5 Instrumentos de pesquisa e coleta dos dados	39
4.6 Análise do material coletado	40
4.7 A proposta de intervenção	41
4.8 Aspectos éticos	43
5 RESULTADOS	44

5.1 Artigo	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
7 REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE	75
ANEXO	79

1 INTRODUÇÃO

Na década de 80, o Brasil passou por uma revolução de clamor público no seu sistema de saúde. Essa revolução ficou conhecida como reforma sanitária, que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, marco histórico para o país na luta democrática por direitos de cidadania. O relatório da conferência serviu de base para a elaboração e promulgação, dois anos depois, da Constituição Federal, conjunto de normas que rege o país e que criou o sistema de saúde público do Brasil.

A Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, a qual ficou conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação e funcionamento do modelo público de ações e serviços de saúde, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a lei supracitada, o SUS constitui-se como “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a).

Como importante manobra de atenção à saúde dentro do SUS, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), trazendo como objetivo a reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. O processo de trabalho na ESF recebe o reforço centrado no desenvolvimento de ações multidisciplinares, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos (PEDRAZA; SANTOS, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 considera equivalentes os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, definindo-as como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi eleita como a principal estratégia de reorganização, constituição e articulação das redes de saúde do país, e tem sido pensada como porta de entrada, preferencial, no sistema de saúde e primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo da família e da comunidade (CECILIO, 2012).

A Portaria nº 267 do Ministério da Saúde (MS), lançada em 2000, permitiu a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, trazendo Normas e Diretrizes para essa inclusão. Com isso, houve o fortalecimento da colaboração interprofissional entre os componentes da equipe, possibilitando maior efetividade a várias ações que competem à ABS, dentre elas, as consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD). Partindo do princípio da integralidade do cuidado, é importante discutir como cada profissão pode colaborar na promoção da saúde dentro de suas especificidades nas consultas de CD, potencializando assim os efeitos que venham a beneficiar os indivíduos e a coletividade (ARAÚJO *et al*, 2018).

Como forma de retrocesso, a Portaria nº 18 de 07 de janeiro de 2019, que estabelece regras para o cadastramento das equipes da AB no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme normas e diretrizes da PNAB, cria novas modalidades de equipes, as Equipes de Atenção Básica, e faculta a presença do dentista como parte delas, assim como trata essa classe profissional de maneira distinta quanto ao cumprimento da carga horária semanal (BRASIL, 2019).

Nas ESBs, estão inseridos os profissionais de odontologia (dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal), que juntamente com os demais profissionais na AB (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde) fortalecem e potencializam as equipes multiprofissionais que integram a ESF.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), elaboradas pelo MS em janeiro de 2004, orientam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, adotando o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo, apontando para uma concepção de saúde não centrada apenas na assistência aos doentes, mas na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, abraçando ações programáticas de forma mais abrangente. Cabe, então, ressaltar, entre os destaques das diretrizes, o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas de cuidado, por exemplo, da criança (BRASIL, 2008).

Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança vem sendo desde muito tempo prioridade na assistência à saúde infantil, com a finalidade de garantir o crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social (MACAMBIRA, 2016). Em 2015, o MS lançou a Portaria nº 1.130 instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que objetiva promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno. Vê-se aí a presença e o compromisso do Estado brasileiro buscando viabilizar a saúde integral da criança e reduzir a mortalidade infantil, objetivando impactar sobre a produção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da criança (LUCENA *et al*, 2018).

Partindo-se para a linha de cuidado recém-nascido e puérpera, seu acompanhamento deve ser iniciado o mais cedo possível. A agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, preconizada pelo MS, consiste em recomendações para assistência à criança, por exemplo, a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI). A PSSI visa disponibilizar cuidado integral e multiprofissional ao recém-nascido e puérpera logo na primeira semana após o parto, com a finalidade de identificar possíveis sinais de risco que comprometam o crescimento e desenvolvimento saudáveis do recém-nascido, orientar as puérperas a respeito dos cuidados com esse, incentivar o aleitamento materno, oferecer apoio às dificuldades apresentadas, verificar e agendar vacinas, assim como a consulta de puericultura (LUCENA *et al*, 2018).

A assistência à saúde da criança é de fundamental importância em função da vulnerabilidade desse ser nessa fase do ciclo vital. Por meio de seu acompanhamento, é possível reduzir a incidência de doenças e aumentar suas chances de crescer e desenvolver-se saudável, alcançando todo seu potencial (CAMPOS *et al*, 2011). As atividades de prevenção devem estar direcionadas desde quando gestante, passadas também aos pais e aos cuidadores das crianças (STOCCO; BALDANI, 2011).

A consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (CD) é considerada uma ferramenta indispensável no âmbito da ESF. Ela proporciona novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e crianças, objetivando acompanhar a evolução dessas de uma maneira geral, contemplando todas as áreas no campo da saúde e possibilitando assistência integral e qualidade de vida (LOPES *et al*, 2013).

A assistência odontológica, quando iniciada junto aos primeiros cuidados do recém-nascido, pode contribuir sobremaneira para a prevenção de doenças bucais e

hábitos deletérios à saúde, podendo-se citar entre outras: infecções bucodentais, alterações no crescimento e desenvolvimento dos ossos e da musculatura facial.

As consultas de CD devem fazer parte da rotina de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Dentre esses, o dentista é considerado o profissional mais indicado para disponibilizar orientações e ações relacionadas à saúde bucal dos bebês. Lemos *et al* (2011) constataram em seu trabalho que a participação em um programa de atenção precoce em Odontologia para Bebês interferiu positivamente na saúde bucal das crianças, contribuindo para a inserção de bons hábitos de dieta e higiene bucal na rotina delas e de seus familiares, sendo, portanto, essencial para a sua saúde.

Maior adesão à escovação dentária, maior frequência diária de escovação, maior quantidade de crianças com primeira consulta ao dentista realizada, menor consumo diário de açúcar e doces e maior consumo de verduras e suco sem açúcar foram atitudes encontradas em grupo de crianças que recebeu educação em saúde bucal por intermédio da participação do dentista nas consultas de CD (MACAMBIRA; CHAVES; COSTA, 2017).

Apesar dos investimentos e esforços em saúde bucal, a doença cárie na infância ainda é um problema de saúde pública cuja prevalência aos cinco anos atinge 53,4% (BRASIL, 2012b). A cárie precoce na infância tem alta prevalência e severidade acometendo crianças nos primeiros anos de vida, o que demonstra a necessidade de intervenções e abordagens precoces tanto no nível individual como no coletivo (SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017). A atuação dos dentistas junto aos pais/cuidadores no desenvolvimento de ações em educação em saúde pode vir a contribuir para a redução dessa problemática enfrentada (MACAMBIRA; CHAVES; COSTA, 2017).

Nessa perspectiva, surge a necessidade de conhecimento acerca da participação dos dentistas nas consultas de CD nas Equipes de Saúde da Família de Caicó, município de médio porte do estado do Rio Grande do Norte, para então realizar uma possível intervenção nos serviços de saúde municipal. Este trabalho de conclusão pertence ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), adequando-se à linha de pesquisa de Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a inserção da saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento (CD) no âmbito da ESF.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a percepção dos dentistas a respeito do CD,
- Identificar as ações em saúde bucal ofertadas nas consultas de CD e
- Sistematizar, de forma colaborativa, as ações de saúde bucal a serem ofertadas durante as consultas de CD na ESF do município.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas públicas de atenção à saúde da criança

3.1.1 Um dos primeiros passos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)

Na década de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, tendo como principal objetivo reduzir a morbimortalidade entre crianças e mães. No entanto, esse programa não apresentou resultados satisfatórios principalmente por propor ações centralizadas, não levando em consideração as diversidades regionais existentes no Brasil (ARAÚJO *et al*, 2014)

Pensando em avançar no modelo de atenção à saúde da criança, na década de 80, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que deveria atender todas as questões de saúde que pudessem afetar a vida das mulheres e crianças (ARAÚJO *et al*, 2014).

Já a partir de 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), dissociando a assistência da criança e da mulher. O programa tinha como grande foco a redução da morbimortalidade infantil com base no acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança de uma população adstrita e, analisando as condições sanitárias, ser capaz de atender suas necessidades de saúde, além de aumentar a cobertura e capacidade de resolução pela rede básica de atenção em relação a esse público. Para isso, utilizaram as seguintes estratégias: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento como metodologia de organização da assistência, encorajamento ao aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal, combate às doenças prevalentes (principalmente as diarreias e as Infecções Respiratórias Agudas (IRAs)) e promoção da educação para a saúde (BRASIL, 1984).

3.1.2 Efetivação de direitos: O Estatuto da Criança e do Adolescente

A Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornou-se a legislação de referência destinada a garantir a proteção integral à criança e ao adolescente. O Estatuto, composto por 267 artigos,

apresenta os direitos e deveres de cidadania das crianças e adolescentes (BRASIL, 1990b).

O Estatuto, além de trazer em seu texto os direitos relacionados a esse público, ainda responsabiliza a família, a comunidade, a sociedade e o Estado pela sua garantia e pelo bem-estar e saudável desenvolvimento da infância e da juventude, a partir de direitos fundamentais, como: à vida, à saúde, à alimentação, ao esporte, ao lazer, entre outros (BRASIL, 1990b).

A publicação do ECA revoga o antigo Código de Menores anteriormente vigente (Lei nº 6.679/79), documento legal que em nada resguardava os direitos da criança e do adolescente, pois não trazia em seu conteúdo a garantia dos direitos fundamentais, mas se apresentava apenas como instrumento de controle para aplicação de sanções repressivas por eventuais atos ilícitos cometidos por crianças ou adolescentes, vistos, nesse momento, como meros objetos (NASCIMENTO, 2010).

No entanto, o ECA adotou a denominada Doutrina da Proteção Integral, cuja proposta principal é afirmar que crianças e adolescentes devem ser compreendidas como pessoas em desenvolvimento, sujeitos de direitos e destinatários de proteção integral, deixando de serem equiparados a meros objetos (NASCIMENTO, 2010).

3.1.3 Avanço nos serviços de saúde: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi implantada no Brasil na década de 90, com o propósito de incentivar, promover e apoiar a amamentação, a partir de discussões com profissionais de hospitais e maternidades da necessidade de se rever condutas e rotinas, capacitando-os, com vistas a prevenir o desmame precoce e incentivando o fortalecimento do binômio mãe-filho (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007).

Para se tornar efetiva, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança utilizou-se de uma lista de metas denominadas “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que deveriam ser cumpridas, em todas as suas etapas, pelos hospitais que prestavam assistência desde pré-natal ao pós-parto, incentivando, inclusive financeiramente, os estabelecimentos que cumprissem com êxito as metas estabelecidas (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

3.1.4 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

No esforço por encontrar novos recursos que pudessem lidar de forma concreta com as doenças prevalentes na infância, principalmente as diarreicas e as IRAs, reduzindo, assim, a morbimortalidade infantil, bem como a partir da necessidade de fortalecer um sistema eficiente de atenção primária à saúde infantil e a capacidade de planejamento e resolução de problemas por esse nível, o Brasil adotou em 1996 a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (VERÍSSIMO *et al*, 2003).

Essa nova abordagem teve origem na Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e apresentou como objetivos a redução importante da mortalidade infantil, bem como a diminuição do número e da gravidade dos casos de IRAs, diarreia e desnutrição e a melhoria na qualidade da atenção prestada às crianças, principalmente as menores de cinco anos. O AIDPI propõe, como um todo, avaliar os principais problemas que possam vir a acometer as crianças, detectando “sinais de perigo” que possam ser precocemente tratados, numa proposta de olhar integral a esse indivíduo, não apenas à sua questão de saúde (VERÍSSIMO *et al*, 2003).

Além disso, o AIDPI também busca reconhecer que as crianças, saudáveis ou doentes, encontram-se num contexto social de desenvolvimento, que precisa ser considerado nesse processo. Faz-se necessário, portanto, trabalhar tanto as práticas relacionadas à família e comunidade quanto às prestadas pelo serviço de saúde, visando que serviços de saúde, família e comunidade estejam todos mais bem habilitados ao cuidado infantil (VERÍSSIMO *et al*, 2003).

3.1.5 Método Canguru: Atenção Integral ao recém-nascido de baixo peso

O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal voltada para a melhoria do atendimento ao recém-nascido prematuro, que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe, promovendo além do aleitamento materno, a construção de vínculo mãe-filho, condição fundamental na obtenção de melhores resultados na internação e recuperação desse bebê. O método busca, a partir dessa e de outras práticas de humanização, apresentar-se como importante tecnologia assistencial no atendimento às crianças de baixo peso (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

O método canguru surgiu na Colômbia, como forma de tentar solucionar a superlotação em suas maternidades. No Brasil, começou a ser difundido nos anos 90 e foi regulamentado pela Portaria Ministerial nº 693 de 2000 (ARAÚJO *et al*, 2014).

Em território brasileiro, o Método Canguru se dá em três etapas: a primeira segue desde o acompanhamento do pré-natal de alto risco até o internamento em Unidade Neonatal, nessa etapa a família é orientada acerca do quadro da criança e da importância do método, dando início à fase de preparação para pôr em prática o canguru; a segunda etapa é quando a criança já apresenta um quadro mais estável e é transferida para a enfermaria canguru, onde ficará com sua mãe a maior parte do tempo no canguru, estimulando ao máximo esse contato livre mãe e filho, sempre de forma crescente e conforme evolução do quadro da criança. A terceira fase se dá pelo acompanhamento, após a alta, em nível ambulatorial ou no domicílio desse bebê e de sua família (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

3.1.6 Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil

Apesar dos esforços lançados para garantir uma assistência integral, de qualidade, com foco a diminuir a mortalidade infantil, por exemplo, o método canguru e o AIDPI, os indicadores de saúde da criança ainda se apresentavam em nível insatisfatório, demonstrando que o percurso ainda se mostrava longe do que de fato se pudesse entender como saúde em dimensão global, a ser ofertada às crianças (BRASIL, 2004a).

Na tentativa de organização da assistência à saúde da criança, passando por todos os níveis de atenção, principalmente a atenção primária, o governo publicou em 2004 um documento intitulado “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, objetivando propor aos gestores e trabalhadores diretrizes que possibilitassem a identificação das linhas de cuidado integral que deveriam fazer parte do cardápio básico dos serviços de saúde de toda a rede de ações prestadas às crianças (BRASIL, 2004a).

A agenda traz como princípios norteadores do cuidado em saúde da criança: o planejamento de ações intersetoriais e a identificação das que são prioritárias à saúde, o acesso universal dessa criança aos serviços de saúde, o acolhimento com escuta qualificada e encaminhamento adequado, a responsabilização da equipe por uma

população com o estabelecimento de vínculo entre elas, assistência integral com abordagem global a criança, assistência contínua e resolutiva, trabalho em equipe com desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção à saúde infantil, participação da família e comunidade compondo o controle social e a avaliação permanente do trabalho realizado (BRASIL, 2004a).

A agenda propõe, ainda, a organização do cuidado em linhas, numa perspectiva de visão integral desse indivíduo, procurando minimizar as desarticulações entre os níveis de saúde e garantindo continuidade da assistência prestada dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

3.1.7 Organização do cuidado em Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da assistência e buscando aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurando, dessa forma, ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência, o Governo publicou a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

As RAS compreendem os arranjos organizativos das ações e serviços de saúde no SUS, de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão para garantir a integralidade do cuidado. As RAS se caracterizam pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação e ordenadora do cuidado, a centralidade desse cuidado dever ser a partir das necessidades da população, a assistência prestada por uma equipe multiprofissional, os objetivos devem ser compartilhados pelos envolvidos no cuidado e se há compromisso com resultados sanitários e econômicos. Essas redes constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Para operacionalização e a partir de discussões e pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2011 e 2012, foram elencadas cinco redes de atenção prioritárias, sendo elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

A rede cegonha foi instituída em território brasileiro pela Portaria Ministerial nº 1.459 de 2011, sendo uma das redes de atenção prioritária principalmente pelos indicadores de mortalidade materna e infantil ainda serem elevados, e pela necessidade de adoção de medidas com vistas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (BRASIL, 2011).

A política consiste numa rede de cuidados que visa promover uma assistência de qualidade, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguros e saudáveis, principalmente ao público de zero a vinte e quatro meses (FERNANDES; VILELA, 2014).

Além disso, a Rede Cegonha traz como objetivos organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que se possa garantir acesso, acolhimento e resolutividade na assistência prestada, como também a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. Para isso, apresenta-se organizada em quatro componentes básicos, sendo eles: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico de transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a Rede Cegonha busca a operacionalização das políticas já criadas, com um ponto que a difere das demais, que é consolidação da articulação e melhor ordenação de fluxo entre os pontos da rede, buscando obter uma rede de cuidados integrais, por meio de estruturas e reformas em diversos serviços de atenção à saúde, que vão desde a atenção básica até a garantia de uma assistência integral nos outros níveis de atenção, sendo a regionalização e a integralidade as bases organizacionais adotadas pela política (FERNANDES; VILELA, 2014).

3.1.8 O desafio de garantir acesso integral: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

Com base na maioria das publicações que envolvem a garantia de direitos e busca pela prestação de uma saúde integral e eficiente para as crianças, como o que prevê a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Convenção dos Direitos da Criança, a Caderneta da criança, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a estratégia nacional de promoção ao aleitamento materno e

alimentação saudável no SUS, dentre outras, foi instituída no Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), pela Portaria Ministerial 1.130 de 15 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015).

A partir de um olhar mais ampliado e cuidadoso, a política tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno por meio de cuidados integrais e interligados, desde o período gestacional até os 09 anos de vida, com ênfase na primeira infância (crianças até 05 anos) e naquelas que apresentem maior vulnerabilidade, de maneira que se possa propiciar um ambiente favorável à vida dessas crianças de forma digna e garantir o pleno desenvolvimento delas, contribuindo, assim, para a diminuição dos índices de morbimortalidade (BRASIL, 2015).

A PNAISC contempla crianças e adolescentes até quinze anos de idade, para fins de atendimento em pediatria e busca garantir a esse público o direito à vida e à saúde, a prioridade absoluta, acesso universal à saúde, que o cuidado seja prestado de forma integral, humanizada e equânime, um ambiente facilitador à vida e que a gestão se dê de forma participativa por meio do controle social (BRASIL, 2015).

Com fins de orientar suas ações e facilitar o desenvolvimento nos serviços de saúde, a política se estrutura em sete eixos estratégicos levando em consideração os fatores determinantes e condicionantes de vida e saúde, para se adotar medidas que possibilitem o nascimento e desenvolvimento pleno na infância, a redução de riscos e vulnerabilidades para adoecer, a prevenção de doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

O primeiro eixo diz respeito a assegurar uma atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; o segundo é a garantia do aleitamento materno e alimentação saudável à criança; o terceiro à promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; o quarto eixo refere-se à atenção às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; o quinto à atenção às vítimas de violência e promoção à cultura de paz; o sexto corresponde à atenção às crianças portadoras de algum tipo de deficiência ou em situação de vulnerabilidade e o sétimo é a vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Para cada eixo são traçadas as ações correspondentes, os serviços e/ou pessoas envolvidas e as responsabilidades de cada ente federativo (BRASIL, 2015).

3.1.9 Assistência integral ao nascimento: Programa de Segurança ao Parto da Organização Mundial de Saúde

O parto é, como toda intervenção médica, um processo complexo e que pode ser acompanhado de riscos. A fim de minimizar o aparecimento de eventos adversos, faz-se necessária a adoção de medidas e condutas para assegurar que, tanto a mãe como o recém-nascido, recebam os cuidados mais seguros possíveis (PRAXEDES *et al*, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir do Programa de Segurança ao Parto e com base nos números ainda preocupantes de mortalidade materna, fetal e neonatal, elaborou a Lista de Verificação para Partos Seguros, um instrumento para contribuir com os profissionais na prática de cuidados e na assistência materna e perinatal (OMS, 2017).

A Lista de Verificação para Partos Seguros da OMS destina-se a ser aplicada em quatro momentos distintos de permanência na unidade de internamento e durante todos os partos realizados nos estabelecimentos de saúde, considerando uma sequência de rotinas e práticas essenciais para a prestação de uma assistência de qualidade. O primeiro momento de preenchimento se dá na admissão da paciente na unidade, o segundo antes da expulsão ou da cesariana, no chamado período pré-parto. O terceiro momento deve ser preenchido no puerpério, logo após o nascimento e o quarto antes da alta. A intenção do preenchimento é garantir que todos os cuidados necessários em cada etapa tenham sido ofertados tanto à mãe quanto à criança (OMS, 2017).

A Lista de Verificação para Partos Seguros da OMS é um documento recente, por esse motivo, muitos dos estudos que possam avaliar sua implantação e impacto na qualidade da assistência ainda se encontram em andamento, o que parece se concordar é o fato de que a lista tomou como base outros instrumentos que obtiveram êxito em sua aplicação, como a lista de verificação para cirurgia segura (PRAXEDES *et al*, 2017).

3.2 Políticas de saúde bucal

A história brasileira de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal na APS aparece marcada cronologicamente por quatro momentos, com potencial de

proporcionar mudanças no processo de trabalho: (1) 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB/1986) com consequente criação da Política Nacional de Saúde Bucal (1989) e da 2ª CNSB (1993); (2) inserção dos profissionais de odontologia na ESF (2000) com as Equipes de Saúde Bucal (ESB), do estabelecimento de incentivo financeiro federal, criação das novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e aprovação das normas e diretrizes de inclusão das equipes de saúde bucal na ESF (2001); (3) lançamento do Programa Brasil Sorridente (2004) e da 3ª CNSB, que contribuiu para a produção democrática e progressista sobre a temática e finalmente; (4) pela publicação das responsabilidades e atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal inseridas na Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (SCHERER; SCHERER, 2015).

Durante muitos anos, a atenção odontológica no SUS limitava-se na prestação de assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços limitados, como procedimentos curativos e mutiladores, o que resultou numa cobertura de atendimento e numa assistência de pouca resolutividade, sendo alvo de críticas por parte dos vários atores envolvidos (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), com diretrizes que visavam mudanças nesses paradigmas buscando superar as desigualdades existentes. As diretrizes tinham por objetivo garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros, enquanto as metas perpassam pela reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços ofertados. Partindo de eixos estruturantes do acesso universal e da assistência integral em saúde bucal, reuniu uma série de ações voltadas para os cidadãos sem distinção de idades, destacando-se para o fortalecimento da AB (BRASIL, 2018).

O Brasil Sorridente foi instituído e articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Suas principais linhas de ação foram focadas na reorganização da AB, especialmente por meio da implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF; da Atenção Especializada ambulatorial com a criação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; a promoção e proteção da saúde bucal por meio da educação em saúde, realização de

procedimentos coletivos e adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público; e a vigilância em saúde bucal por meio da realização de estudos periódicos (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Saúde Bucal é fruto de luta árdua por décadas de diversos setores da sociedade, como os vinculados aos movimentos sociais da saúde e aos sindicatos progressistas, à militância estudantil, aos professores e pesquisadores que atuam no entrecruzamento da Odontologia com a Saúde Coletiva, também como por equipes de saúde pública, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por movimentos de profissionais, assim como por algumas gestões de entidades odontológicas (GÓES; MOYSÉS, 2012).

Sendo assim, faz-se necessário situar no tempo e no espaço o histórico e a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, levando em consideração que tais fatos influenciam e destacam a maneira de pensar e agir das diversas categorias profissionais ao longo do tempo. Essas formas de organização em propostas ou modelos, ou mesmo a ausência desses, condicionam os modos de planejamento dos serviços, suas articulações, seu desenvolvimento e sua avaliação (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2014).

O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do SUS, com sucessivas articulações transversais em ações dentro do MS e junto com outros ministérios. Essas ações buscam a superação das iniquidades e geram acesso aos serviços de saúde para populações em situação de vulnerabilidade, mostrando a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde e demais políticas públicas (BRASIL, 2018).

O Brasil Sorridente, além da criação e difusão dos serviços odontológicos, reorganizou completamente o modelo assistencial até então vigente. Inicialmente, implantou uma rede assistencial de saúde bucal, articulada não apenas nos três níveis de atenção, mas, principalmente, apoiada em ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais. Sendo esse um dos grandes desafios da Odontologia contemporânea, firmar-se como uma área da integralidade, constituindo-se na rede de atenção à saúde e superando as especificidades odontobiológicas. Impactos epidemiológicos são resultantes de ações intersetoriais, em que a prática odontológica é parte integrante e constituinte de um sistema que agrega ações que

transbordam os campos setoriais, educacionais, ambientais, sociais, entre outros (BRASIL, 2018).

O Brasil conseguiu avanços com o SUS ao adotar a universalidade e a integralidade como princípios e a expansão da cobertura da AB, por meio da ESF. Por intermédio dos resultados do SB Brasil 2010, último levantamento epidemiológico de Saúde Bucal nacional, uma mudança no perfil epidemiológico das doenças bucais pode ser evidenciada: o índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) atingiu o valor de 2,07, deixando o Brasil entre os países com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2012b). Entretanto, apesar dos resultados nacionalmente satisfatórios, dados do estudo chamam a atenção para as marcantes diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, indicando a necessidade de políticas voltadas para a redução das iniquidades na atenção. Outros resultados evidenciados ainda foram: a pequena redução (18%) da cárie na dentição decídua e que 80% dos dentes afetados continuam não tratados, que as necessidades em saúde bucal em idosos são significativas, apesar da diminuição da demanda por próteses em adolescentes e adultos, e que a prevalência de oclusopatias que necessitam de tratamento em adolescentes atingiu 10%, sugerindo a necessidade de reorganização da oferta de procedimentos ortodônticos (SCHERER; SCHERER, 2015).

Esses resultados podem ser atribuídos ao perfil da prática odontológica, caracterizado pela realização de ações predominantemente clínicas, especialmente em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas a grupos de escolares, que se mostraram ineficientes para responder às demandas da população (SCHERER; SCHERER, 2015).

Contínuos esforços na área da gestão do trabalho, formação e da educação permanente são necessários, visto que os profissionais tendem a reproduzir na prática odontológica o modelo biomédico dominante. Com a expansão do conceito de AB, e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários investimentos com vistas a aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004b).

A criação dos CEOs e dos laboratórios regionais de prótese dentária foi responsável pelo aumento do acesso à atenção especializada em saúde bucal. Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente tem contribuído de diversas maneiras para o aumento no acesso e na qualidade da atenção em saúde bucal dos brasileiros. Notório se faz que essas condições ainda estejam distantes das ideais, já

que décadas de descaso com a saúde bucal não podem ser superados em tão pouco tempo. Porém, é de fundamental importância a instauração de uma política voltada para a atenção desse componente tão importante para a saúde, possível por meio das ações do Brasil Sorridente que ofertam assistência odontológica integral e de qualidade no SUS. Apesar dos desafios existentes, caracterizados pelos resultados em construção, é destacável o avanço em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços de saúde bucal no país (BRASIL, 2018).

Com relação a números, ao final do ano de 2006, as Equipes de Saúde Bucal totalizavam 15.086 implantadas em território nacional, representando um aumento de 254% em relação ao ano de 2002, evidenciando um expressivo aumento após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal. Em 2010, alcançou-se 20.424 ESBs (35,4% de aumento em relação a 2006) e em 2014, esse número chegou a 24.243 equipes implantadas, aumento de 18,7%, notando-se um desaceleramento no crescimento dessas equipes (CHAVES *et al*, 2017). O ano de 2015 encerrou com 24.467 ESBs implantadas, enquanto em 2016, houve diminuição de 83 ESBs (0,3%), fato inédito na série histórica desde a implantação da Política. Em 2017, retomou-se um ligeiro crescimento, houve aumento de 1.438 equipes, 5,8% em relação a 2015 e de 6,23% quando comparado a 2016 (CHAVES *et al*, 2018).

3.3 O crescimento e desenvolvimento infantil

A história dos cuidados relacionados às crianças teve sua origem ainda na Idade Antiga, na França, em fins do século XVIII. As primeiras formas de assistência às crianças iniciaram como puericultura, e essas eram sistematizadas em relação à disciplina, educação, vestuário e alimentação. Entretanto, a pediatria apareceu como especialidade médica somente na segunda metade do Século XIX e, na Enfermagem, nas primeiras décadas do Século XX (ASSIS *et al*, 2011).

A desnutrição infantil, nos primeiros anos de vida, é refletida nos indicadores antropométricos do estado nutricional, apresentando-se como um grande problema de saúde enfrentado por países em desenvolvimento. Há inúmeras evidências de que os deficits de crescimento na infância estão associados à maior mortalidade, incidência de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor, diminuição do rendimento escolar e menor capacidade produtiva quando adulta. O

acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, proporcionando detecções precoces das alterações e possibilitando as devidas condutas em tempo hábil. O objetivo é ofertar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo assim para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida (GAUTERIO; IRALA; CEZAR-VAZ, 2012).

A primeira semana de vida da criança continua sendo uma forte preocupação na Atenção Primária na Saúde (APS). É esperado garantir que mãe e recém-nascido recebam do agente de saúde uma visita domiciliar, para orientação de todos os cuidados de ambos, assim como a oferta na primeira semana das ações programadas de saúde na APS, como: consulta para mãe e filho (com estímulo à presença do pai sempre que possível), estímulo ao aleitamento materno, imunizações, teste do pezinho, entre outros. Em seguida, até a criança completar 02 anos, um acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive buscando aqueles faltosos), com atenção biopsicossocial não apenas para a criança, mas também para as condições de vida e saúde da família, com articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família é o objetivo (BRASIL, 2012a).

As consultas de CD ocorrem através do acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e do ambiente, além de prezar também pela identificação precoce de agravos com vistas à intervenção apropriada e efetiva. Para isso, necessita da atuação de toda a equipe de atenção à criança, seja consulta individual ou compartilhada, o que possibilita a ampliação nessa oferta de serviço (CAMPOS *et al*, 2011).

A visita domiciliar a gestantes e recém-nascidos é uma prática comum em muitos países, ferramenta que não é de uso exclusivo do agente de saúde, na qual pode ser realizada a primeira consulta do bebê e de sua mãe conduzida pelo (a) médico (a) e/ou enfermeiro (a). No geral, a primeira visita domiciliar ao recém-nascido e à sua família tem como objetivos principais (BRASIL, 2012a):

- Observar as relações familiares;
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde;

- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde;
- Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho);
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
- Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
- Identificar sinais de depressão puerperal;
- Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida;
- Prevenir lesões não intencionais e
- Identificar sinais de perigo à saúde da criança.

Os profissionais da Atenção Básica (AB) estão em situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitem ser mais bem entendidas e acompanhadas devido à possibilidade de acompanhar as famílias ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

A primeira consulta do recém-nascido deve ocorrer dentro da sua primeira semana de vida, lembrando ainda para a importância da verificação da caderneta de saúde da criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da puérpera (BRASIL, 2004b). Para se estabelecer o calendário de consultas, faz-se necessário levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, as vulnerabilidades e a resiliência (BRASIL, 2012a).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, preconizada pelo Ministério da Saúde como parte integrante da puericultura, envolvendo a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, estado nutricional, além de orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança em todas as consultas, sem deixar de registrar todos os procedimentos na Caderneta de Saúde da Criança (ASSIS *et al*, 2011).

A Caderneta de Saúde Criança é um documento de extrema importância e valia que deve ser preenchido corretamente em todas as consultas pelos profissionais de saúde, além de servir como fonte de diversas informações essenciais para os pais. Deve ficar de posse da família podendo ser utilizada por diversos profissionais e serviços. Termos técnicos e prolixos devem ser evitados estimulando a autonomia das

famílias na interpretação dos dados sobre a criança e valorizando sua função como “histórico volante” (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde recomenda, quanto à frequência de consultas por faixa etária, 07 consultas de rotina no primeiro ano de vida, assim distribuídas: 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês; 02 consultas no segundo ano de vida: 18º e 24º meses, e a partir de então consultas anuais próximas ao aniversário. Essas faixas etárias foram estabelecidas de acordo com as ocasiões de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. No entanto, crianças que necessitem de maiores cuidados e atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012a).

Del Ciampo *et al* (2006) destacam dentre os papéis profissionais, o de orientador e educador para a saúde direcionado para a mãe, que deve ter fortalecido o vínculo com o filho e manter sua autoestima elevada, e para a família, como núcleo principal dos fatores psicossociais e ambientais.

3.4 A odontologia no acompanhamento, crescimento e desenvolvimento infantil

Com o surgimento da odontologia para bebês em 1985, na Universidade de Londrina, uma atenção especial surge relacionada às crianças de 0 a 36 meses nas perspectivas de promoção da saúde e prevenção de agravos (WALTER *et al*, 2014).

O desenvolvimento e ampliação de programas e projetos que possibilitem a potencialização das ações preventivas e promotoras da saúde é de grande importância para organização da assistência odontológica, com ações educativas em saúde bucal no combate às doenças mais prevalentes. As significativas mudanças nos últimos anos evidenciam o ganho de espaço da odontologia preventiva em relação à odontologia tradicional, essencialmente curativista (PITTNER; BONASSINA; PITTNER, 2016).

O “Caderno de Atenção Básica 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento” afirma que toda a equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e cuidadores sobre a saúde bucal das crianças e encaminhá-las para a consulta odontológica. Após a primeira consulta, recomenda-se que a Equipe de Saúde Bucal faça uma programação de visitas periódicas para a criança, baseada no seu perfil de risco (BRASIL, 2012a).

O programa federal Rede Cegonha, instituído pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, estabelece a rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito de planejamento e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, recomenda duas consultas odontológicas no primeiro ano de vida da criança (BRASIL, 2011a).

O “Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal” traz que as ações de cuidado na odontologia direcionadas às crianças devem ser realizadas nos primeiros anos de vida e no contexto de equipe multidisciplinar, de modo a evitar o processo de trabalho de forma vertical e isolado da área médico/enfermagem (BRASIL, 2008).

As atividades de prevenção devem estar direcionadas desde quando gestante, passadas também aos pais e aos cuidadores das crianças (STOCCO; BALDANI, 2011). Possuindo a mãe e a família papel fundamental no desenvolvimento dos padrões comportamentais durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, tem importância fundamental na introdução de bons hábitos desde o início da vida das crianças. A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal (BRASIL, 2018).

A assistência à saúde da criança é de fundamental importância em função da vulnerabilidade dessa ser nessa fase do ciclo vital. Por meio de seu acompanhamento, é possível reduzir a incidência de doenças e aumentar suas chances de crescer e desenvolver-se saudável, alcançando todo seu potencial (CAMPOS *et al*, 2011).

Os programas estruturados para oferecer AB à saúde da criança têm como metas principais a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Necessitam da efetiva participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração de diversas categorias profissionais que atuam em equipe e apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde (MACAMBIRA, 2016; ARAÚJO *et al*, 2018).

As práticas educativas em saúde bucal devem fornecer informações, orientações e desenvolver habilidades de cuidado por meio de técnicas que mobilizem o cuidado com a saúde bucal, estimulando a busca de um paciente colaborador e não apenas o alvo do programa de prevenção (PITNER; BONASSINA; PITNER, 2016).

Atividades grupais para orientações de pais e responsáveis seguidas de exame clínico dos bebês, interconsultas com atendimento compartilhado com médico ou enfermeiro e o dentista (ou até com outros profissionais como os do Núcleo Ampliado

de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB), consultas programadas com dia e horário marcados são exemplos de como os profissionais da Equipe de Saúde Bucal podem realizar o primeiro contato. A construção conjunta de uma planilha por toda a equipe pode armazenar as informações coletadas nas consultas pré-clínicas, auxiliando um planejamento de ações mais efetivo e estratégico na definição de riscos e no tratamento adequado. As consultas devem ser registradas, além do prontuário clínico, na caderneta da criança (BRASIL, 2018).

Barbosa (2015) avaliou a prevalência de alterações bucais em bebês de 0 a 36 meses da Bebê-Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp. Dos 1492 prontuários de bebês analisados, em 196 (13,13%) havia registro de alguma alteração. Foram encontradas 20 diferentes tipos de alterações, sendo essas reunidas de acordo com suas características clínicas, em cinco grupos: doenças gengivais, doenças bucais, alterações dentárias, alterações de desenvolvimento e alterações de erupção. As alterações mais prevalentes foram nódulos de Bohn (2,3%), freio labial atípico (2,3%), candidíase (1,4%), língua geográfica (1,4%), afta (1,2%), anquiloglossia (1%), entre outras.

Em seu estudo, Gomes *et al* (2019) analisaram 200 prontuários odontológicos de crianças, na faixa etária entre 6 e 45 meses, do projeto “Estratégias de promoção de Saúde Bucal para Bebês”, da disciplina de odontopediatria da UFES. Os agravos à saúde bucal mais frequentes encontrados pelas autoras em lactentes e pré-escolares foram maloclusão (35,4%), traumatismo dental (25,5%), cárie dentária (25%) e defeitos de desenvolvimento de esmalte (11,3%).

Cangussu *et al* (2016) asseguram que a cárie dentária ainda se manifesta de forma crítica em crianças com idade inferior a 36 meses e que, as vulnerabilidades social e econômica constituem fatores de risco sobre a incidência de cárie em crianças pré-escolares.

A ocorrência da cárie dentária em crianças menores de 03 anos mostra-se um importante alerta de risco, pois representa uma maior probabilidade de que as crianças venham a desenvolver cáries nas dentições decíduas e permanentes (NUNES; PEROSA, 2017).

Macambira (2016) afirma que a odontologia, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, busca intervir o mais breve possível na prevenção de cárie dentária e doenças gengivais por meio do trabalho desenvolvido no CD. Para Pittner, Bonassina

e Pittner (2016), quanto mais cedo for o primeiro contato com o dentista, melhor é para a criança e menores serão os problemas futuros.

Para Kramer *et al* (2008), crianças apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância quando são levadas ao cirurgião-dentista antes do primeiro ano de vida.

A cárie precoce na infância tem alta prevalência e severidade acometendo crianças nos primeiros anos de vida, o que demonstra a necessidade de intervenções e abordagens precoces tanto no nível individual como no coletivo (SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017).

Os pais exercem o papel fundamental na promoção e manutenção da saúde de seus filhos, devendo ser o alvo das ações em saúde bucal. Consiste, pois, em uma estratégia interessante de promoção de saúde bucal, ações direcionadas não apenas aos filhos, mas também aos pais e/ou cuidadores. A família serve de modelo para a criança, além de ser na infância que bons hábitos de higiene e alimentação são adquiridos (OLIVEIRA; FORTE, 2011).

A falta de informações de pais ou responsáveis está diretamente relacionada ao aparecimento de cárie em crianças de baixa idade (KUHN, 2002). A saúde, como um todo, pode sofrer consequências ao aparecimento da cárie precoce, por exemplo, baixo peso associado à dor durante a alimentação. No entanto, medidas simples, como controle da ingestão de açúcares e estímulo a higiene bucal, podem combater sua manifestação. Redução dos índices de cárie dentária é observada quando informações básicas acerca da importância dos hábitos nutricionais, de higiene, dietéticos e outros relacionados à saúde bucal dos bebês são prestadas para as mães e cuidadores (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2001 apud MACAMBIRA, 2016).

Segundo Macambira, Chaves e Costa (2017), os pais e cuidadores possuem conhecimentos limitados quanto a fatores relacionados à saúde bucal das crianças, como idade para início da higiene oral e possibilidade de a criança crescer livre de cáries.

Silva e colaboradores (2013) mostram que intervenções educativas para mães e cuidadores sobre a importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos, entre outros relacionados à saúde bucal de crianças implicam diminuição da doença cárie.

Stocco e Baldani (2011), em seu trabalho avaliando um programa-piloto realizado numa Estratégia Saúde da Família, verificaram que a prevalência de cárie foi menor no grupo de crianças acompanhadas no serviço de puericultura (17%) do que no grupo sem retorno frequente ou que não estava cadastrado na Unidade de Saúde da Família (26%) no município de Ponta Grossa (PR).

Macambira (2016) afirma que ações de promoção à saúde bucal dos bebês como orientações aos pais sobre alimentação saudável, importância do aleitamento materno, orientações da higiene bucal do bebê, cuidados com a ingestão do dentífrico fluoretado, exames clínicos odontológicos, demonstração de limpeza da cavidade bucal do bebê, aplicações de flúor, orientações sobre hábitos bucais deletérios são serviços de assistência odontológica desenvolvidos por sua equipe em consultas de puericultura baseados no Protocolo Linhas de Cuidado na Atenção à Saúde da Criança da rede municipal de saúde de Fortaleza/CE.

Em sua pesquisa, essa autora analisou os possíveis impactos provocados por essas ações na sua unidade de saúde. Avaliou dois grupos de crianças: um que tinha recebido cuidados de ações odontológicas de educação e promoção em saúde nas consultas de CD e outro grupo de crianças de área sem cobertura de ESF e com acesso ao dentista nas outras áreas por demanda espontânea. Seus resultados evidenciaram maior adesão à escovação dentária; maior frequência diária de escovação, maior quantidade de crianças com 1ª consulta ao dentista e menor prevalência de cárie dentária no grupo com ações odontológicas. As ações do dentista nas consultas de CD na unidade pesquisada ainda foram eficazes na medida em que promoveram um menor consumo diário de açúcar e doces e maior consumo de verduras e suco sem açúcar no grupo que recebeu as ações, quando comparado ao outro.

A inserção de ações de odontologia na consulta de CD é de fácil implementação, já que de maneira geral, não são necessárias instalações caras nem grande densidade tecnológica ou ainda laboratórios sofisticados, e sim garantir acesso aos serviços de saúde e recursos humanos capacitados (PICCINI *et al*, 2007).

O serviço de saúde comunitária do grupo hospitalar Conceição implantou, em suas 12 Unidades de Saúde, uma ação programática de saúde bucal com o propósito de que todas as crianças nascidas a partir de 2010 recebessem ao menos uma consulta odontológica anual até o quarto ano de vida. Nessas consultas eram avaliadas as condições de saúde bucal das crianças e fornecidas orientações para o

adequado cuidado para mãe/pai ou cuidadores de acordo com a fase/idade das crianças, com o objetivo de informá-los a respeito da importância dos aspectos alimentares, de higiene e outros relativos aos cuidados básicos. Schwendler, Faustino-Silva e Rocha (2017) avaliaram o cumprimento das metas dessa ação nas 12 unidades, por meio da descrição do perfil de cobertura das consultas odontológicas para o grupo de crianças nascidas no ano de 2010 e da relação entre o perfil de cobertura com a composição das Equipes de Saúde Bucal, a população total da área adscrita e o número de crianças no território.

Eles verificaram que mesmo após implantação do programa as unidades de saúde, não atingiram as metas estabelecidas no tocante à cobertura das consultas odontológicas a cada ano de vida da criança. Eles encontraram que 35% das crianças realizaram sua primeira consulta no primeiro ano de vida, 22% das crianças nunca as tiveram e apenas 8% realizaram as quatro preconizadas. Houve correlação positiva entre a razão da população total e de crianças de 0-4 anos da área adscrita com o número de profissionais da odontologia e a cobertura no primeiro ano de vida de cada unidade de saúde. Afirmaram ainda que apesar de poucas crianças terem o acompanhamento adequado em relação à meta estabelecida, os percentuais de cobertura foram superiores aos encontrados na literatura.

Em seu trabalho, Silva *et al* (2013) avaliaram o conhecimento e as práticas de saúde bucal de mães participantes de um programa educativo-preventivo para lactentes no Projeto de Extensão “Promoção de Saúde Bucal na Primeira Infância” da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Participaram da pesquisa 112 mães com seus respectivos bebês. Para coleta de dados, utilizaram um questionário com perguntas e respostas objetivas, aplicadas antes e após a participação no projeto. As atividades de educação em saúde bucal com as mães foram realizadas bimestralmente, bem como um acompanhamento individual mensal, a fim de repassar instruções sobre as necessidades específicas dos bebês. Os resultados mostraram que inicialmente 57,3% das mães realizavam a higiene bucal de seus filhos nos períodos diurno e noturno, e após a intervenção e acompanhamento educativo-preventivo, observaram um aumento dessa taxa para 74,7%. A redução no percentual de manchas brancas ativas e cáries nas faces dentais também foi obtida, nos valores de 5,6% para 0,4%.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo e cunho intervencionista com pesquisa de campo direcionada aos dentistas das equipes da Estratégia Saúde da Família, com desenvolvimento de atividades de investigação, articulação, compartilhamento de saberes e práticas e estímulo ao protagonismo profissional em saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento infantil.

A pesquisa exploratória tem como propósito uma maior familiaridade do problema em estudo com o pesquisador, possibilitando sua melhor compreensão. É usada em casos para definição do problema com maior precisão e elaborar cursos relevantes de ação ou identificar dados adicionais antes de uma intervenção (VIEIRA, 2002).

De acordo com Minayo (2013), o método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções, das crenças e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como constroem seus artefatos e a si mesmos, como vivem, pensam e sentem, permitindo desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares, proporcionando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Já a pesquisa-intervenção propõe:

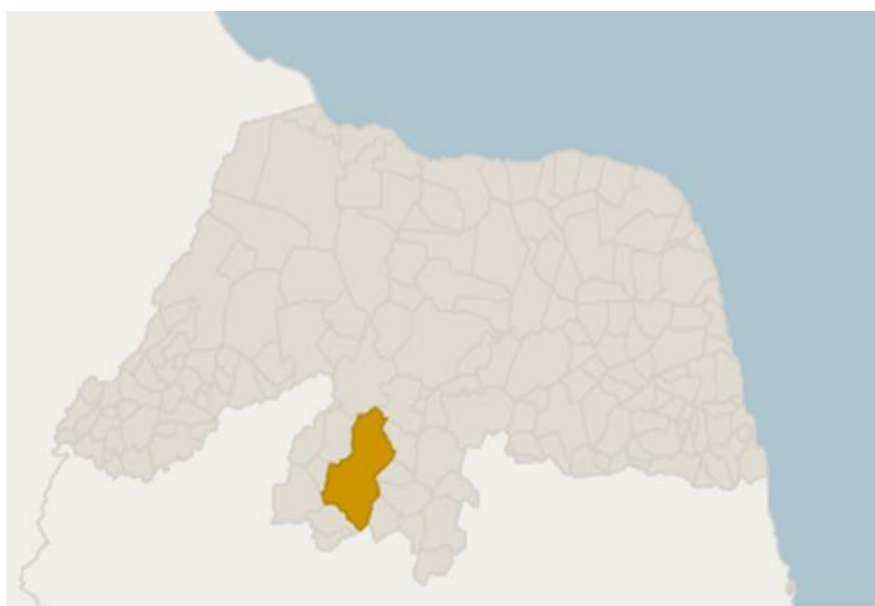
[...] interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições. Trata-se de produzir evidências que visibilizem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. Sua metodologia está baseada, portanto, numa arguição que possibilita desmanchar os territórios constituídos e convoca a criação de outras instituições. É claro que a própria noção de instituição é modificada, já que, ao não ser identificada à de estabelecimento, remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

Ressalta-se que a pesquisa-intervenção busca romper com abordagens verticais e herméticas buscando estimular a articulação, a interação e a ação na perspectiva de produzir novos desenhos que fomentem a construção de práticas promotoras de saúde. Dessa forma, o pesquisador atua como produtor de novos sentidos e novas intercessões (PEZZATO; L'ABBATE, 2012).

4.2 Cenário do estudo

Caicó é considerada a principal cidade do Seridó, região centro-sul do estado do Rio Grande do Norte, e localizada a 256 km da capital do estado, Natal. Seu território ocupa uma área de 1.228,574 km², equivalente a 2,33% do território estadual, colocando-se como 5º município mais extenso do estado. No último censo populacional (2010), Caicó apresentou-se com 62.709 habitantes e uma densidade demográfica de 51,04 hab/km². Apresentou taxa de mortalidade infantil de 8,42 óbitos por mil nascidos vivos (2014) e sua estimativa populacional para 2018 foi de 67.554 (IBGE, 2018).

Figura 1 – Mapa geopolítico do RN, com destaque para o município de Caicó, 2019.



Fonte: IBGE, 2019.

A pesquisa foi desenvolvida em 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) contempladas com a estratégia Saúde da Família, ligadas à Secretaria Municipal de Saúde, município de Caicó-RN. A maioria das unidades se localiza na zona urbana, situadas nos bairros: Boa Passagem, Recreio, Vila do Príncipe, Nova Caicó, Alto da Boa Vista, Samanaú, Itans, Castelo Branco, Nova Descoberta, Paraíba, Soledade, João Paulo II, João XXIII, Paulo VI, Barra Nova, Silvino Dantas e Walfredo Gurgel; as da zona rural correspondem aos Distritos Sabugi e Laginhas.

4.3 Sujeitos do estudo

A amostra foi composta por 18 dentistas que integram as equipes de Saúde da Família do referido município, apenas um profissional ficou fora da amostra, dessa forma, não integralizando os 100% desejáveis.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa todos os dentistas que integram as Equipes de Saúde da Família no município de Caicó/RN e que mostraram interesse em participar do estudo. Nesse sentido, apenas dois dentistas não compuseram a amostra: o próprio pesquisador e outro que se recusou a participar.

4.5 Instrumentos de pesquisa e coleta dos dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: questionário e grupo focal, além de anotações complementares em diário de campo. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2019.

Os questionários continham nove questões abertas, foram entregues pelo pesquisador responsável (aluno do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família) nos respectivos locais de trabalho dos participantes e recolhidos duas semanas após. Para Marconi e Lakatos (2003), questionário é um meio de coleta de dados, formado por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e na ausência do entrevistador. Ele deve ser entregue ao entrevistado e depois de respondido, devolvido ao pesquisador. Incluem vantagens como: atinge maior número de pessoas simultaneamente, abrangência de maior área geográfica, maior liberdade de resposta e segurança pelo anonimato, menor risco de distorção pela não influência do pesquisador, apresenta mais tempo e hora mais favorável para respostas, obtém respostas que materialmente seriam inacessíveis, entre outros. Entretanto, algumas desvantagens também se apresentam: pequeno número de questionários devolvidos, perguntas sem respostas, não são aplicáveis a pessoas sem escolaridade, impossibilidade de ajudar o participante em questões mal compreendidas, devolução tardia, exigência de universo homogêneo; que, no entanto, foram minimizadas e não influenciaram ou prejudicaram a coleta.

No segundo momento, os 18 dentistas, que responderam aos questionários, foram convidados para participar do grupo focal, no entanto, apenas 11 compareceram. As discussões foram mediadas pelo pesquisador e acompanhadas por um observador, a partir de um roteiro norteador. O grupo focal foi realizado no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Caicó/RN, no turno matutino, em sala reservada e climatizada, deixando os participantes em um ambiente confortável e à vontade, com duração de aproximadamente 1h e 30min. Todos os dentistas foram acomodados nas cadeiras dispostas em círculo e tiveram suas falas registradas por meio de aplicativo para gravação de voz em dois aparelhos celulares para posterior transcrição e análise.

Para Minayo (2013), o grupo focal consiste em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos que tem como premissa a capacidade humana de formar opiniões e atitudes com outros indivíduos, contrastando com aplicação de questionários fechados, tornando-se, portanto, como complementar à primeira etapa desta pesquisa.

Kitzinger (2005) reforça que no grupo focal, em vez de o pesquisador pedir a cada pessoa para responder uma pergunta, os participantes são estimulados a dialogar uns com os outros, a trocar histórias, a compartilhar sobre as experiências e os pontos de vistas. Para Backes *et al* (2011), nesse tipo de discussão, emergente do grupo focal, é possível um nível reflexivo que outras técnicas de coleta de dados não conseguem alcançar, podendo revelar dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas por técnicas convencionais.

4.6 Análise do material coletado

As respostas dos questionários e as gravações oriundas do grupo focal foram transcritas pelo pesquisador responsável para que se pudesse analisar. O material transcrito gerou um *corpus* que foi submetido ao *software* Alceste, produzindo uma análise lexicográfica por meio do agrupamento das raízes semânticas, definindo-as em classes a partir das palavras do conjunto do texto (CAMARGO, 2005).

Nesse sentido, o material textual produzido foi submetido à análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), a qual compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que usa procedimentos sistemáticos e objetivos de

descrição do conteúdo das mensagens expressas nas entrevistas (AMORIM; BEDAQUE, 2018).

A análise se organiza em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento e interpretação dos dados. Sendo assim, permite descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência represente significado para o objeto da pesquisa (BARDIN, 2011). Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante do material coletado para maior apropriação dele, seguido das transcrições, na íntegra, das respostas dos questionários e da gravação das vozes produzidas durante a realização do grupo focal. Na exploração do material, a partir da compreensão do texto, foi possível a identificação no *corpus* das categorias e subcategorias a partir das unidades de sentido temáticas. Em seguida, foi realizada a codificação das unidades de sentido, que por fim foram submetidas a uma análise das frequências, na qual se verificou o número de vezes que cada uma aparecia no texto. Para interpretação e discussão, os achados foram contrastados com alguns conhecimentos teóricos disponíveis na literatura científica.

No intuito de preservar a identidade dos participantes, as citações diretas foram nomeadas com a letra “D”, referindo-se a dentista; algarismos arábicos, referentes à ordem de transcrição das respostas dos questionários; e algarismos romanos referentes à ordem na qual os participantes estavam dispostos na roda para realização do grupo focal.

4.7 A proposta de intervenção

Pode-se dizer que houve dois processos articulados: a investigação e a intervenção. O primeiro do pesquisador no grupo, e, outro, dos participantes do grupo, dentistas da Atenção Básica do município de Caicó em seu cotidiano, na produção do cuidado em saúde bucal.

Nesse sentido, após a investigação: análise, interpretação e consolidação dos dados, passou-se ao segundo momento da pesquisa: a intervenção propriamente dita. Inicialmente, os resultados foram apresentados à gestão municipal, que em seguida oficializou a convocação de todos os dentistas do município no intuito de conhecerem os resultados da pesquisa, iniciando-se uma reflexão e o debate acerca desses – pode-se dizer que esse foi o início de um processo de educação permanente em

saúde bucal para instituí-la de forma sistemática nas consultas de crescimento e desenvolvimento infantil na ESF de Caicó.

Dando sequência ao cronograma de atividades, pactuado durante o primeiro encontro entre profissionais e gestores, o processo de educação permanente vem tendo continuidade por meio das seguintes estratégias metodológicas:

- Curso de capacitação em Saúde Bucal na infância; Curso de capacitação em Acompanhamento, Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Curso de capacitação em Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde com utilização de metodologias ativas, ministrados por experts nos referidos temas;
- Oficina de planejamento interprofissional congregando enfermeiros, médicos, dentistas e demais profissionais envolvidos no CD para sistematização das consultas;
- Elaboração de um Guia com padronização de atividades e protocolos em saúde bucal visando subsidiar as consultas de CD (APÊNDICE A);
- Elaboração de uma Cartilha sobre Saúde Bucal para orientar pais e responsáveis sobre a saúde bucal das crianças e outros cuidados relativos à saúde durante a infância;
- Reunião com as equipes, por USF, para apresentar e debater a nova proposta de atendimento interprofissional nas consultas de CD;
- Rodas de conversas com as mães, gestantes e responsáveis para debater acerca da nova proposta de atendimento interprofissional nas consultas de CD, acrescentando novas propostas e sugestões, caso haja pertinência;
- Criação de espaços (rodas sistemáticas de conversas) com os profissionais da ESF para avaliação do processo e *feedback* necessário para mudanças de estratégia, caso necessário, e/ou incrementação da proposta vigente

Destaca-se que a avaliação vem ocorrendo de forma permanente, monitorada pelo pesquisador – componente do grupo operativo – por meio da observação participante, com registro em diário de campo e de imagens, além do feedback dos profissionais inseridos nas consultas de CD. Nesse sentido, serão monitorados alguns indicadores de processo: quantitativos: o número de consultas realizadas, o número de parceiros envolvidos e número de participantes por atividade; qualitativos: os

objetivos alcançados em cada consulta/atividade, o nível de participação e de adesão dos profissionais, além da satisfação dos envolvidos.

Quanto aos indicadores de resultado, estão propostos:

- Quantitativos: número de crianças atendidas em consultas de CD interprofissionais; número de pais/gestantes/responsáveis abordados durante as oficinas.
- Qualitativos: ampliação e fortalecimento das relações interprofissionais; mudança positiva no processo de trabalho acerca das consultas de CD e de satisfação dos profissionais e dos usuários.

Os registros dos momentos vivenciados subsidiaram as discussões desta pesquisa, as quais estão ancoradas na literatura e políticas acerca da temática.

4.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL, tendo obtido aprovação sob o CAAE 94960518.1.0000.5292 por meio do parecer de número 2.841.028 (ANEXO A).

Antes da coleta de dados, todos os participantes receberam um termo de consentimento livre e esclarecido e um termo de autorização para gravação de voz no grupo focal; ambos em duas vias, que foram prontamente assinados, ficando cada participante com uma via de cada e a outra de posse do pesquisador responsável.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

ATUAÇÃO DO DENTISTA NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL?

Resumo

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) faz parte do escopo de ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, tendo por propósito a saúde integral da criança. A atenção/assistência odontológica, iniciadas nos primeiros meses de vida, impacta positivamente sobre a saúde bucal e geral. O estudo objetivou compreender a atuação dos cirurgiões-dentistas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, no contexto da Estratégia Saúde da Família, em um município de médio porte. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo compreensivo-interpretativo, cujos participantes foram os dentistas atuantes no município referido. Os instrumentos de coleta foram: questionário semiestruturado, grupo focal e diário de campo. Os dados, apoiados pelo *software* ALCESTE, foram submetidos à análise temática de conteúdo. Emergiram duas categorias: concepções sobre o CD; e ações desenvolvidas no CD. A saúde bucal aparece como potencialidade na atenção e assistência à saúde infantil, fortalecendo o processo de cuidar e contribuindo para a ampliação da saúde bucal das crianças. Verificou-se o predomínio de percepções ancoradas em fundamentos que reduzem as dimensões subjetivas, culturais e sociais dos sujeitos, demonstrando distanciamento de uma prática interprofissional efetiva. Com base nos resultados, deu-se início a um projeto de intervenção visando instituir um novo formato para consultas de CD.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Crescimento e Desenvolvimento. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The monitoring of growth and development (CD) is part of the scope of actions developed in primary health care, has the purpose of the integral health of the child. Dental care, initiated in the first months of life, positively impacts on oral and general health. The study aimed to understand the performance of dentists in the monitoring of child growth and development, in the context of the Family Health Strategy, in a medium-sized city. This is a qualitative study, of the comprehensible-interpretative type, whose participants were the dentists working in the aforementioned city. The instruments of collection were: semi-structured questionnaire, focal group and field diary. The data, supported by the software ALCESTE, were subjected to thematic content analysis. Two categories emerged: conceptions about the CD; and actions developed on the CD. Oral health appears as potentiality in child health care and assistance, strengthening the care process and contributing to the expansion of children's oral health. It was verified the predominance of perceptions anchored in fundamentals that reduce the subjective, cultural and social dimensions of the subjects, demonstrating distance of an effective interprofessional practice. Based on the results, an intervention project started aiming at instituting a new format for CD consultations.

Keywords: Oral Health. Growth and Development. Family Health Strategy.

Introdução

A Atenção Básica em Saúde (ABS), como é referida a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, pretende organizar a atenção enquanto um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em territórios definidos¹. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi eleita como a principal estratégia de reorganização, constituição e articulação das redes de saúde do País, e tem sido pensada como porta de entrada, preferencial, no sistema de saúde e primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo da família e da comunidade^{2,3}.

A Portaria nº 267, lançada no ano 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), instituiu a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, apresentando normas e diretrizes para essa inserção. As ESBs são compostas por profissionais de Odontologia (dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal) que, em parceria com os demais profissionais da ABS (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde) favorecem a atuação das equipes multiprofissionais na ESF⁴.

Nessa direção, o fortalecimento da colaboração interprofissional entre as equipes de saúde possibilita maior efetividade das ações que fazem parte do escopo da ABS. Dentre essas, destacam-se as consultas de acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento (CD) infantil. Assim, baseando-se no princípio da integralidade do cuidado, é pertinente discutir a contribuição do cirurgião-dentista, considerando suas especificidades enquanto categoria profissional, na promoção da saúde das crianças durante as consultas de CD⁵.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, propõem reorganizar as ações e serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, apontando para o desenvolvimento de ações intersetoriais, com foco no cuidado à saúde e, também, ampliando concepções de saúde bucal que rompem com o paradigma biomédico (da assistência centrada em doenças bucais) adotando um novo modo de fazer e compreender o sujeito, a boca e suas subjetividades. Entre tais diretrizes, destaca-se o desenvolvimento de ações voltadas para a linha de cuidado infantil, buscando garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social^{6,7}.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), lançada em 2015, orienta a promoção e a proteção da saúde da criança estimulando, também, o aleitamento materno, e reforça o compromisso do Estado brasileiro com a redução da mortalidade infantil.

O cuidado ao recém-nascido e a puérpera deve ser iniciado o mais precocemente possível, logo após o nascimento, durante a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), que visa disponibilizar um cuidado mais integral e multiprofissional nas consultas de puericultura⁸.

A atenção e a assistência à saúde da criança geralmente são ofertadas de duas formas: por meio de consultas rotineiras de CD, realizadas de maneira partilhada e interprofissional; e por meio de atividades educativas e preventivas direcionadas às mulheres desde o início da gestação, sendo extensivas, também, aos pais e aos cuidadores das crianças. Essa combinação resulta na ampliação da compreensão sobre as vulnerabilidades infantis, pois se ancora em diversas áreas do conhecimento em saúde, buscando a integralidade do cuidado^{9, 10, 11}.

Apesar dos investimentos e esforços para controlar a doença cárie na infância, esse agravamento ainda se constitui como um sério problema de saúde pública, mostrando uma prevalência de, aproximadamente, 53,4% aos cinco anos de idade, o que demonstra a necessidade de intervenções e abordagens antecipadas, tanto no nível individual como no coletivo. A atuação dos dentistas, junto aos pais e cuidadores, no intuito de desenvolver ações de prevenção e educação em saúde, pode contribuir significativamente para a redução de tal problemática^{12, 13, 14}.

Portanto, é relevante averiguar, por intermédio de um recorte temporal, como vem ocorrendo a participação dos dentistas no acompanhamento do CD, no contexto da ESF, e se essa atividade tem sido desenvolvida enquanto uma prática uni, multi ou interprofissional. Este artigo, que apresenta parte dos resultados de uma dissertação realizada por meio do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, teve como objetivo compreender a atuação dos cirurgiões-dentistas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, no contexto da Estratégia Saúde da Família em um município de médio porte.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, desenvolvido em 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) contempladas com ESF, no município de Caicó/RN, região centro-sul do estado, localizada a 256 km da capital Natal, sendo o quinto município mais extenso, com uma população estimada em 67.554 para o ano de 2018¹⁵.

A amostra, por conveniência, foi composta pelo universo de cirurgiões-dentistas da ESF do município que, após duas recusas, resultou em um total de 18 participantes, convidados por meio de contato direto com o pesquisador, momento em que tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre os objetivos da pesquisa.

Para a coleta de dados, ocorrida entre fevereiro e abril de 2019, foram utilizados dois instrumentos: questionário e grupo focal, além de anotações complementares em diário de campo. O questionário continha nove questões abertas e foi aplicado nos respectivos locais de trabalho de cada participante. Posteriormente, em outro momento, 11 dentistas participaram de um grupo focal, ocorrido nas dependências do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), em sala reservada e climatizada. As discussões foram mediadas pelo pesquisador e acompanhadas por um observador, a partir de um roteiro norteador, e ocorreram no tempo aproximado de 90 minutos, sendo gravadas para transcrição e análise posteriores.

O material transcrito gerou um *corpus* que foi submetido ao *software* Alceste, produzindo uma análise lexicográfica por meio do agrupamento das raízes semânticas, definindo-as em classes a partir das palavras do conjunto do texto¹⁶.

A análise tomou como base o método de análise temática de conteúdo, proposta por Bardin¹⁷, que permitiu desvelar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentem algum significado para o objeto da pesquisa. Dessa forma, a exploração do material possibilitou a compreensão do texto, e o acesso aos núcleos de sentidos com suas respectivas frequências, permitindo a identificação e classificação das categorias e subcategorias, buscando compreender a construção compartilhada que formou o senso comum desse grupo.

No intuito de preservar o anonimato dos participantes, as citações diretas foram nomeadas com a letra ‘D’ (dentista) seguida de um algarismo arábico (originadas do questionário) e de um algarismo romano (a partir do grupo focal), atribuídos de acordo com a ordem de transcrição. A pesquisa obteve prévia autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL/UFRN) obtendo sua aprovação sob o parecer 2.841.028.

Resultados e discussão

Quanto ao perfil dos participantes, destaca-se que dez eram do sexo feminino e oito, masculino, com faixa etária variando entre 27 e 46 anos e média de idade de 34 anos. Dois possuíam curso de mestrado, enquanto que 11 tinham especialização em Saúde Coletiva, sinalizando a motivação para a educação continuada na busca de qualificação para a melhoria das ações e serviços de saúde.

A análise do material coletado gerou duas categorias temáticas, cada uma delas com três subcategorias, conforme visualizado no quadro 1.

Quadro 1: Categorias e subcategorias temáticas sobre a atuação do Cirurgião-Dentista no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Caicó/RN. 2019.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
CONCEPÇÕES DOS DENTISTAS SOBRE O CD	Acompanhamento	14
	Prevenção/Promoção	12
	Direito de cidadania	1
AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS DENTISTAS NO CD	Procedimento Clínico Odontológico	9
	Teste da Linguinha	3
	Educação em Saúde Bucal	14

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A categoria ‘concepções dos dentistas sobre o CD’ reuniu as concepções dos participantes acerca do crescimento e desenvolvimento infantil ressaltando o acompanhamento da criança; as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças; além de direito de cidadania. A figura 1 detalha essas subcategorias.

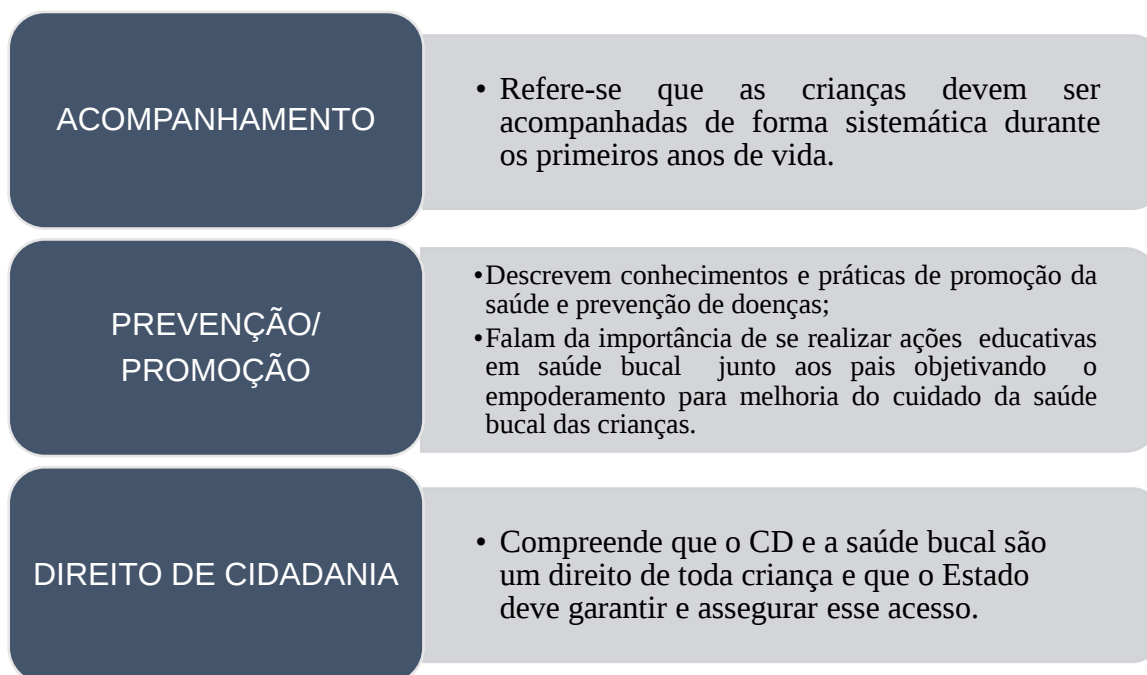


Figura 1: Concepções dos dentistas sobre o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Caicó/RN. 2019. **Fonte:** Coleta de dados, 2019.

A leitura do material revelou que a concepção dos dentistas, sobre a consulta de CD, está fortemente relacionada à compreensão de ‘acompanhamento’ sistemático das crianças, indicando a necessidade de se contar com a parceria e o empenho dos pais e/ou responsáveis nesse processo para que se possa obter resultados positivos sobre a saúde de crianças em tenra idade.

O acompanhamento sistemático das crianças permite a avaliação do estado nutricional, o desenvolvimento das habilidades e a detecção precoce de agravos que possam surgir nos primeiros anos de vida, inclusive na tomada de decisões para o desfecho necessário. Para corroborar com a percepção dos entrevistados, sobre a compreensão de acompanhamento sobre o CD, pode-se observar sua importância por meio do que postulam alguns autores:

Em estudo similar, Malaquias, Gaíva e Higarashi¹⁸ referem-se que a consulta da criança constitui um instrumento de acompanhamento, que para ser efetivo, fundamenta-se em consolidação do vínculo e empoderamento familiar quanto à pertinência desse cuidado. Em Cuba, as consultas de CD foram dos maiores avanços do século XX reduzindo, significativamente, a morbimortalidade infantil.

Para Gaíva *et al*¹⁹, o crescimento e desenvolvimento das crianças se constitui como eixo norteador das ações básicas de saúde na infância. Gauterio, Irala e Cezar²⁰ apontam que deficits de crescimento na infância estão associados à maior mortalidade, incidência de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor, diminuição do rendimento escolar e menor capacidade produtiva quando adulta. O Ministério da Saúde orienta a adesão ao acompanhamento do CD infantil, uma vez que esse possibilita uma assistência integral por meio de ações preventivas que estimulam a detecção precoce de agravos²¹.

A ‘prevenção/promoção’ foi citada pelos entrevistados como quesito fundamental dentro de todo o processo do cuidar, isto é, revelaram que o momento das consultas de CD se constitui em espaço rico e primordial para a interlocução com os pais e para a efetivação e consolidação de vínculos. É por meio da prevenção que se pode evitar também as doenças gerais e bucais que afetam as crianças.

Esses resultados reforçam os achados de Ferreira *et al*²², ao afirmarem que as consultas de CD podem ser permeadas por ações educativas, que permitem a criação de vínculo e estímulo à participação familiar, o que, provavelmente, irá contribuir para a promoção da saúde e prevenção de agravos às crianças em acompanhamento. Macambira⁷ afirma que os

profissionais de odontologia, no âmbito da ESF, devem buscar intervir o mais precocemente possível para prevenir a cárie dentária e as doenças gengivais por intermédio do trabalho desenvolvido durante as consultas de CD.

Como a cárie precoce da infância ainda apresenta alta prevalência e severidade, acometendo crianças nos primeiros anos de vida, o trabalho desenvolvido pelos dentistas no CD possui importância evidenciada^{14, 23}. Nessa perspectiva, Martins *et al*²⁴ mostraram que intervenções educativas direcionadas a mães e cuidadores sobre aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos, entre outros, relacionados à saúde bucal de crianças, implicam diminuição da doença cárie. Trabalhar sobre os aspectos da prevenção/promoção durante a infância é fundamental para auxiliar na aquisição de bons hábitos de higiene e de alimentação saudável²⁵.

Essas intervenções devem ocorrer de forma integrada, isto é, junto com os demais profissionais de saúde da ESF, pois, como afirma Carnut²⁶, a integralidade amplia o olhar dos profissionais para além da lógica da ‘intervenção pura’, buscando alcançar os contornos do que se compreende como ‘cuidar’, no âmbito da construção e produção da saúde dentro dos serviços.

Chama a atenção a fala de um dos entrevistados que, apesar de única, é relevante, uma vez que invoca o tema da cidadania. O dentista faz menção ao direito de cidadania, ao referir-se que a criança deve ser acompanhada e ter seu direito à saúde respeitado, conforme garante a Constituição Brasileira:

“É o acompanhamento efetivo da criança em todos os seus aspectos: físico, mental e social garantindo assim um direito da população e a obrigação do Estado” (D-7).

O profissional se reporta aos marcos normativos que fundamentam o direito à cidadania no País, a saber, a Constituição Federal de 1988, que ao estabelecer novas normativas ético-políticas e jurídicas, enaltece o direito à vida e à saúde como prioridade absoluta²⁷.

Nesse percurso histórico, a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, deu início ao processo de regulamentação e funcionamento SUS, defendendo, em seu artigo 2º, a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado, devendo esse prover as condições para seu exercício. Nesse mesmo ano, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado por meio da Lei 8.069, para garantir que a criança seja tratada como sujeito de direito, pontuando, em seu artigo 7º, o direito à proteção à vida e à saúde e, no artigo 11º, o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente no SUS. Finalmente,

no artigo 14º, enfatiza a promoção de programas de assistência médica e odontológica para a população infantil²⁸.

Nessa direção, destaca-se, também, o papel fundamental da Portaria nº 1.130/2015, que criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), cujo objetivo é a proteção infantil desde a gestação até os 9 anos de idade, por meio de cuidados integrais e integrados que promovam condições de vida dignas e a queda nos índices de morbimortalidade²⁹.

A categoria ‘ações desenvolvidas pelos dentistas durante o CD’ traz as percepções dos profissionais no que tange a sua contribuição no processo de cuidar da criança, da qual se extraíram três subcategorias que fazem referência ao teste da linguinha, as ações de educação em saúde e a realização dos procedimentos clínico-odontológicos, conforme visualizado na figura 2.

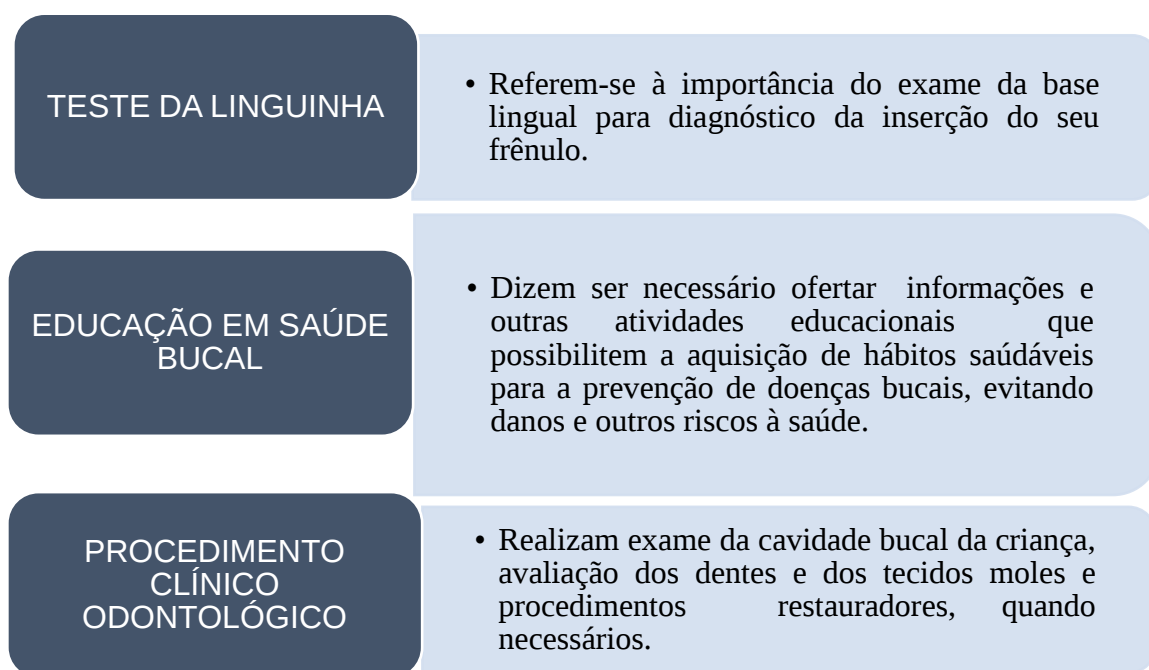


Figura 2: Ações desenvolvidas pelos dentistas durante o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Caicó/RN. 2019. **Fonte:** Dados da pesquisa. 2019.

Na subcategoria ‘procedimento clínico odontológico’, foram incluídas as afirmações relativas ao exame da cavidade oral, a cronologia da erupção dos dentes decíduos, a avaliação dos dentes e tecidos moles, os procedimentos do tipo restauradores e a frenectomia/frenotomia lingual quando indicada. O ‘teste da linguinha’, apesar de ser considerado um procedimento clínico, foi nominado como subcategoria por tratar-se de um exame específico. Destaca-se que

esse exame também é realizado por outros profissionais: médicos pediatras, enfermeiros e fonoaudiólogos.

A realização do teste da linguinha tem sua importância reconhecida pelo MS, que recomenda um protocolo próprio para sua realização. Assim, o *Bistrol Tongue Assessment Tool*, publicado pela nota técnica 09/2016, disponibiliza orientações para os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos. A Lei brasileira nº 13.002/2014 determina a obrigatoriedade da aplicação do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês (teste da linguinha) em todos os recém-nascidos no país. Essa avaliação inicial permite diagnosticar os casos mais graves, indicando a frenotomia ainda na maternidade. Nos casos duvidosos ou que não é possível a visualização do frênulo, uma nova avaliação deverá ser feita aos 30 dias de vida^{30, 31}.

A realização desse teste pelos dentistas entrevistados, durante as consultas de crescimento e desenvolvimento, ratifica a importância da presença desse profissional na AB e do trabalho desenvolvido por esses, visto que os prejuízos da anquiloglossia, não tratada nem diagnosticada precocemente, repercutem negativamente sobre a amamentação, incidindo em dificuldades na fonação, mastigação e até mesmo no estado emocional e a interação social do ser.

A subcategoria ‘educação em saúde bucal’ se sobressaiu em relação às demais. Nela estão contidas ações como: orientações à higiene bucal, controle da dieta com açúcar, incentivo e benefícios da amamentação exclusiva, conduta pós-traumatismo dento-alveolar, manobra de desengasgo, alimentação saudável, uso de chupetas e bicos de mamadeiras, mordedores, importância dos dentes decíduos, hábitos bucais deletérios, primeira dentição e entrega de insumos para higiene bucal.

Esses achados estão consonantes com as afirmações de Araújo *et al*⁵, no que diz respeito aos programas estruturados da AB, exibindo como metas principais a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e reabilitação, requerendo, entretanto, a participação efetiva de profissionais, indivíduos (no caso, crianças e seus responsáveis) e sociedade.

Nessa linha de compreensão, o estudo de Macambira, Chaves e Costa¹² mostra resultados satisfatórios em um grupo de crianças que recebeu educação em saúde bucal, ocorrendo maior adesão à escovação dentária, maior frequência diária de escovação, maior quantidade de crianças com realização de primeira consulta ao dentista, menor consumo diário de açúcar e doces e maior consumo de verduras e suco sem açúcar. Esse resultado pode ser atribuído ao maior empoderamento dos pais/responsáveis com adesão a hábitos saudáveis, trazendo reflexos consideráveis sobre a saúde bucal de seus filhos.

Todos os participantes – excetuando-se um – veem as consultas de CD como uma ferramenta estratégica para se promover o cuidado de forma interprofissional e consideram um momento singular para interagir, dialogar e facilitar o empoderamento de pais e responsáveis, por meio da socialização de conhecimentos.

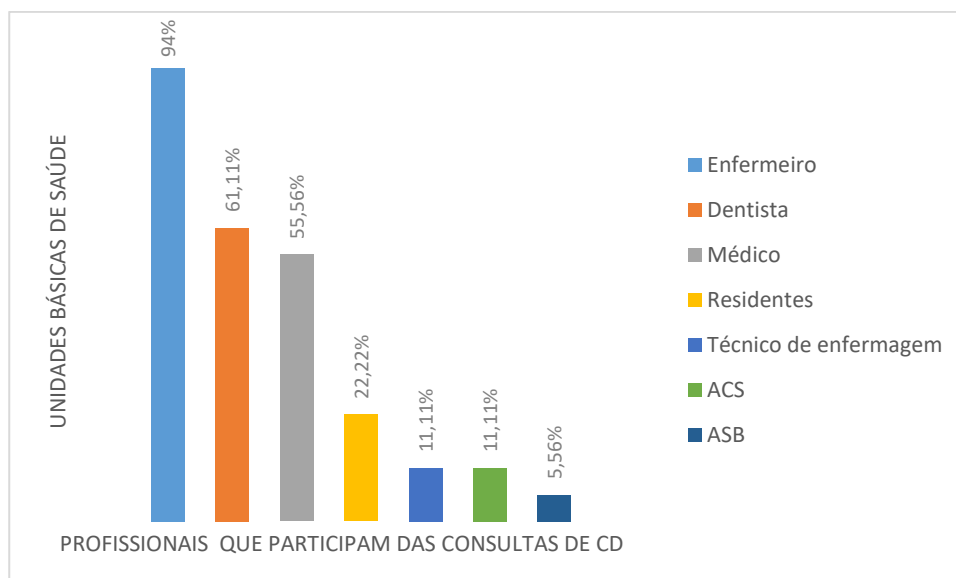
“Acho extremamente importante, pois permite que eu atue de forma interdisciplinar enfatizando a promoção da saúde bucal do infante em parceria com os pais. A prevenção das doenças bucais é relevante, pois a cárie na dentição decídua é preditor de risco para cárie na futura dentição permanente” (D-5).

Enfim, a participação interprofissional, por meio do trabalho em equipe, tem se mostrado potencializadora das ações promotoras de saúde bucal durante as consultas de CD, evitando o desenvolvimento da cárie dentária e das doenças gengivais, ou seja, favorecendo para que as crianças apresentem bocas mais saudáveis do que aquelas que não participam dessas consultas no território da AB⁷.

O CD na ABS: uma participação indutora do cuidado em saúde bucal

As análises do material permitem-nos dizer que as consultas de CD fazem parte do leque de atividades ofertadas nas USF do município de Caicó/RN, apesar de 11,11% dos dentistas entrevistados desconhecerem a realização de tal procedimento em suas UBS. Todavia, por meio da observação *in loco*, verificou-se que todas as UBS do município ofertam consultas de CD de forma sistematizada, sugerindo o total distanciamento desses profissionais das ações cotidianas realizadas na USF e consequentemente do trabalho em equipe. Nesse sentido, o gráfico 1 expõe a participação dos diferentes profissionais durante as consultas de CD.

Gráfico 1: Profissionais que participam das consultas de CD. Caicó/RN, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa. 2019.

Observa-se que três categorias profissionais se destacam na participação das consultas de CD: enfermeiro, dentista e médico. Por outro lado, vê-se uma pequena participação de residentes da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da UFRN nessas consultas. Contudo, essa pouca participação deve-se, certamente, ao fato de a Residência Multiprofissional em Atenção Básica de referida escola não ocorrer em todos os cenários de práticas. Quando os profissionais de uma equipe, com especificidades variadas, passam a intervir sobre o processo de saúde da criança de maneira complementar e articulada, consegue-se assegurar consultas qualificadas e eficientes, impactando sobre a saúde dessas, ou seja, imprimindo um novo formato sobre o saber-fazer e novos cenários dentro da UBS³².

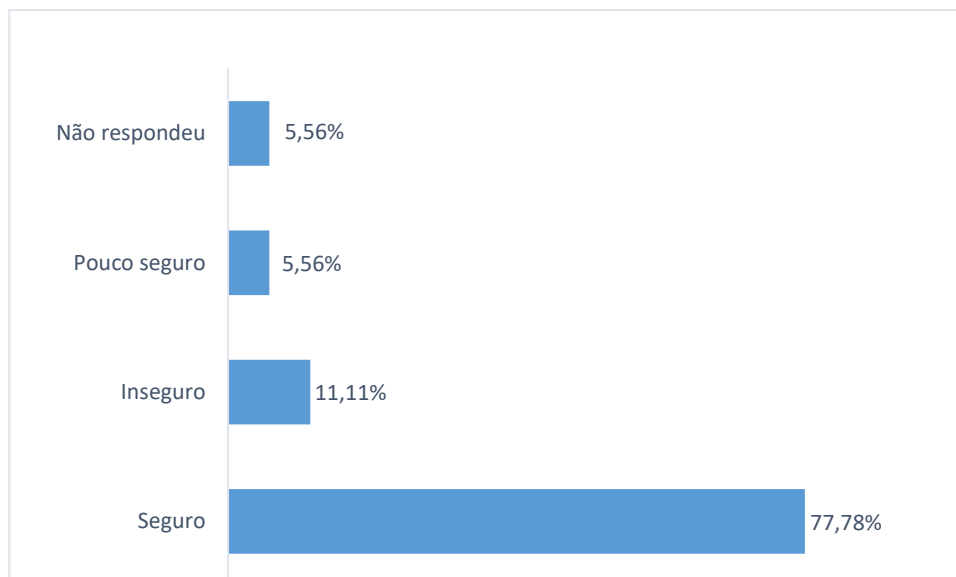
Pode-se dizer que há uma razoável participação dos dentistas nas consultas de CD. Verificou-se que 34% realizam consultas semanais, 22% a fazem mensalmente, 22% esporadicamente, isto é, de forma pontual.

Quando perguntados sobre a autoconfiança durante as consultas de CD (ver gráfico 2), a maioria respondeu que tinha segurança para participar do CD. Já aqueles que não demonstraram autoconfiança para desenvolver tal procedimento fizeram referência à necessidade de oferta de educação permanente para qualificação e melhor domínio sobre o processo interprofissional acerca do CD.

Sugere-se aí uma lacuna no serviço ou um descompasso da gestão municipal com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma vez que a PNEPS se apresenta como estratégia para a formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor. Essa política orienta que os municípios se responsabilizem pela Educação Permanente em Saúde

(EPS), devendo formular e promover a gestão da EPS e de processos relativos a ela, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando necessário, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento e garantindo seu financiamento³³.

Gráfico 2: Autoconfiança dos dentistas para participar do CD, Caicó/RN.2019.



Fonte: Dados da pesquisa. 2019.

Foi possível captar que as ESB realizam o pré-natal odontológico ofertando diversas atividades às gestantes no tocante às ações de prevenção e de promoção e de assistência odontológica, ou seja, ações programadas; ações interprofissionais – em parceria com os outros profissionais da equipe; ações assistenciais referenciadas por profissionais da UBS e, ainda, por meio da demanda espontânea de mulheres. Pittner, Bonassina e Pittner³⁴ afirmam que para alcançar bons hábitos e garantir a saúde bucal desde os primeiros anos de vida da criança, faz-se necessário, além do acompanhamento gestacional, ofertar ações educativas e preventivas às gestantes, contribuindo para o empoderamento e consequentemente para a saúde bucal materno-infantil.

Indagados se tinham conhecimento se outros profissionais realizavam orientações acerca de saúde bucal para os bebês, 66,67% reconheceram que outros profissionais orientam as mães sobre essa temática. Nessa direção, boa parte dos dentistas disseram se sentir confortáveis com outros profissionais educando para a saúde bucal junto às mães e responsáveis pelas crianças. Contudo, houve quem demonstrasse preocupação com tal prática, justificando não fazer parte do escopo de “atribuições” de outras categorias profissionais, o que poderia gerar distorções e orientações inapropriadas. Entretanto, Araújo *et al*⁵ defendem a importância e a necessidade de

se discutir como cada profissão pode colaborar com a promoção da saúde bucal dentro das suas expertises nas consultas de CD, potencializando assim os efeitos positivos aos indivíduos e comunidade no tocante à integralidade do cuidado.

Essa concomitância de diferentes pontos de vista frente ao que temos de saber acerca da educação popular, no âmbito da saúde, remete-nos à aproximação com a própria história do movimento da educação popular na saúde e na luta empreendida contra a utilização de práticas eminentemente rotinizadas dos serviços de saúde³⁵. Nesse sentido, a construção dessa identidade necessita do envolvimento de toda a equipe de saúde, visto ser essa o elo que possibilita o vínculo com a comunidade, que favorece e constrói continuamente a eficácia das ações de saúde. Portanto, faz-se necessário que a equipe de saúde estimule a participação dos sujeitos para a construção de autonomia: sujeito que fala, que faz críticas e que também tem desejos. Enfim, práticas que considerem valores, crenças, cultura apresentam-se como um novo modo de fazer, prometendo mais resolutividade dos problemas e com maior potencial de envolvimento e colaboração da comunidade, família e indivíduo.

As ações ofertadas pelos dentistas durante o CD

Os dentistas em tela participam das consultas de CD em parceria com outros profissionais da equipe articulando-se de duas maneiras: o CD compartilhado e o CD coletivo. No CD compartilhado, há participação de enfermeiros, médicos e dentistas, dentro do espaço clínico de cada profissional, isto é, a criança e os responsáveis são assistidos por cada profissional, individualmente. No CD coletivo, as ações são direcionadas ao público-alvo de forma coletiva: crianças e responsáveis/cuidadores em um único espaço, onde todos os profissionais ouvem, debatem e compartilham as atividades que são socializadas com todos os sujeitos presentes promovendo a interação e a aprendizagem no processo. Como relatado anteriormente, é nesse formato em que se insere a maior parte dos dentistas do município.

O CD favorece o trabalho interprofissional e interdisciplinar apresentando maior robustez nas UBS contempladas com a residência multiprofissional da EMCM/UFRN e com o Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tendo em vista o suporte do apoio matricial que impulsiona e dinamiza as ações e atividades desenvolvidas nos territórios.

“Hoje em dia as perspectivas do trabalho em saúde são interprofissionais e é assim que a gente consegue ampliar a saúde bucal, nesses espaços” (D-IX).

A atenção à saúde na ABS pressupõe a integração de diversas categorias profissionais atuando em equipe, devidamente amparadas em saberes interdisciplinares e matriciadas pelos diferentes níveis de referência do SUS⁵. Algumas afirmações mereceram destaque:

“Quando eu disse que vinha hoje aqui, para participar dessa entrevista, aí a enfermeira falou: ah! Então na próxima semana você vai começar a fazer o CD coletivo comigo” (D-XI).

“Depois que eu respondi o questionário da pesquisa comecei a observar que havia uma grande demanda de crianças na unidade de saúde, aí eu perguntei ao enfermeiro por que ele não convidava a mim e ao médico para participar do CD. E depois que eu questionei, ele começou a me convidar. Agora eu estou participando” (D-IV).

Tais colocações suscitaram reflexões sobre a necessidade de haver maior articulação entre os profissionais da equipe, da ocorrência de reuniões sistemáticas para o planejamento das ações, de estudos de casos e compartilhamento das atividades, entre outras estratégias.

De modo geral, compreende-se que as consultas de CD se constituem em momentos ímpares, permitindo instrumentalizar os pais, vislumbrando a mudança de hábitos nocivos e contribuindo para a produção da saúde.

“A gente dialoga com as mães, orienta para que elas consigam fazer a leitura da caderneta da criança. Facilita a aquisição de conhecimentos debatendo o que pode ser feito em todas as fases referentes a infância” (D-VIII).

Contudo, Souza *et al*³⁶ encontraram, em sua pesquisa, que pais de crianças pré-escolares se mostraram desinteressados em acompanhá-las ao dentista para a realização de tratamento odontológico e de consultas preventivas, embora, tenham se mostrado conscientes de sua importância. Expõe-se, portanto, a necessidade de se intensificar as ações de educação por meio de estratégias metodológicas que estimulem e motivem os pais ou responsáveis acerca da importância da saúde bucal dessa clientela.

Inquiridos sobre qual seria o momento mais propício para dar início às atividades bucais junto aos bebês, os entrevistados citaram três momentos: durante a consulta puerperal, no período gestacional e durante o planejamento familiar. É durante a consulta puerperal que se estabelece o primeiro contato da criança com o dentista, sendo momento fundamental para sensibilizar pais/responsáveis na efetivação dos primeiros cuidados, ainda que sem a presença de dentes ou de anormalidades. A primeira visita dos bebês ao dentista deve ocorrer antes da erupção do primeiro dente, oportunizando aos pais o contato com adequadas orientações. É

recomendado realizar a higiene bucal desde o momento do nascimento dos bebês, objetivando a familiarização da criança e da família com as ações de saúde bucal³⁷.

Compartilhar conhecimentos básicos sobre saúde bucal com mães é essencial para prevenir doenças bucais em crianças. A gestação aparece como uma oportunidade para se realizar o trabalho preventivo e ampliar os conhecimentos das gestantes, fazer solicitação de exames, criar vínculos e responsabilização de modo a evitar problemas ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança. Outra ocasião oportuna é durante o planejamento familiar, momento em que os futuros pais planejam a chegada de seus filhos podendo ser também um período fértil para aceitação de novas informações, dirimir dúvidas e tomada de consciência para, quiçá, evitar futuros procedimentos odontológicos invasivos ou mutiladores. Nessa perspectiva, a educação em saúde deve se dar continuamente, por meio de abordagens que introduzam os determinantes ambientais, socioeconômicos e culturais³⁴.

“Quando a mãe aprende a cuidar de sua saúde bucal, ela consegue orientar o filho” (D-XII).

“A consulta deve começar durante o planejamento familiar. Precisamos desconstruir a cultura de que cada gestação é um dente perdido” (D-VIII).

A caderneta de saúde da criança também foi apontada como importante instrumento nas consultas de CD. Nela, são registradas informações que podem guiar as atividades para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, uma vez que agrega informações da gravidez ao parto, puerpério, situação vacinal da criança bem como orientações sobre a saúde bucal destas, isto é, possibilitando a avaliação e acompanhamento do CD. Esse instrumento facilita a comunicação entre pais e profissionais e orientam às mães acerca da saúde da criança^{5, 19}.

“Foi através das consultas do CD compartilhado que eu percebi o quanto é rica a caderneta da criança. Eu não tinha noção que continha todas aquelas informações e orientações. A partir de então, estou solicitando que as mães também tragam a caderneta para mim” (D-VII, 2019).

Apesar das falas caminharem em direção a um horizonte animador, os dentistas discorreram sobre algumas dificuldades: o trabalho pouco colaborativo e a pouca integração entre os membros da ESF, apontando como elemento indutor a rotatividade profissional, potencializadora da desintegração e de ausência de vínculo com a população; a pouca adesão da população às ações coletivas de saúde, a resistência ao tratamento odontológico, seja por

medo, seja por outros motivos subjacentes e, por fim, a ausência de educação permanente em saúde.

Em contrapartida, como elemento facilitador foi apontada a presença dos profissionais que estão cumprindo residência na UBS, uma vez que compartilham das atividades de CD, injetando força, disposição e criatividade:

“uma coisa que eu acredito vir contribuindo bastante é a presença dos residentes... chega a ser uma equipe bem diversificada na minha UBS; eu acho que isso facilitou o compartilhamento e a aprendizagem” (D-VII).

A exemplo disso, Araújo *et al*⁵ conseguiram bons resultados com a inserção de profissionais de uma residência multiprofissional na ESF no município. Os autores sugerem que tal proposta possa ser adaptada e replicada por meio da inserção de profissionais do NASF, o que poderá aumentar a adesão da clientela às consultas de CD, promovendo a saúde bucal de maneira interprofissional, de forma indissociável da saúde geral.

Outro aspecto facilitador registrado diz respeito ao desempenho dos agentes comunitários de saúde e de seu vínculo com a população:

“A gente tem sucesso em muitas ações que realiza. Mas isso se deve muito aos agentes de saúde que são atuantes na questão da educação em saúde... O vínculo dos profissionais com a população faz com que essas ações sejam mais efetivas” (D-IX).

Para Assis *et al*³², o vínculo entre a equipe saúde da família e as mães e sua consolidação permitem um acompanhamento contínuo à criança e suprem as necessidades que emergem no nível de complexidade da AB.

O planejamento das ações em saúde também foi citado como uma ferramenta estratégica dentro das USF, possibilitando promover uma relação dialógica e interativa entre os profissionais e, conseqüentemente, maior sucesso das ações ofertadas à população. Destarte, reuniões das equipes, para esse fim, foram consideradas exitosas, uma vez que oportunizam os debates e as discussões de casos, o compartilhamento de conhecimentos, a identificação dos nós críticos e as estratégias de enfrentamento que podem culminar com o planejamento das ações por parte das equipes.

“Na unidade acontece muita coisa, então, se a gente não sentar para planejar, não funciona. No início havia muita resistência, mas hoje em dia a gente melhorou muito. Há muita caminhada pela frente. Mas uma coisa

importantíssima para o planejamento dessas ações, são as reuniões da equipe” (D-IX).

A devolutiva dos resultados da pesquisa: mobilizando reflexões sobre a prática

Ao término desta pesquisa, seus resultados foram devolvidos aos gestores de saúde, à coordenação de Saúde Bucal e aos cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde. Possibilitou-se assim, que os achados fossem apreciados e debatidos por esse coletivo e, por conseguinte, algumas proposições emergiram dando corpo a um plano de ação, que foi consensuado e pactuado entre os sujeitos comprometidos com a produção social da saúde bucal em Caicó. Entre as propostas pode-se citar: a deflagração de um processo de educação permanente em saúde bucal; a utilização dos dados da pesquisa para subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal no CD; a elaboração de um protocolo de saúde bucal para nortear as consultas de CD interprofissional; a criação de um espaço permanente de debates sobre a Saúde Bucal na ABS. Nessa direção, foi construído um cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, constituídos grupos operativos, grupo de mobilização/divulgação, além da indicação de profissionais com expertise em temas sugeridos para o processo de educação permanente. Foram também definidos prazos e metas para a efetivação das atividades.

Dando sequência ao cronograma de atividades, pactuado durante o primeiro encontro entre profissionais e gestores, o processo de educação permanente vem tendo continuidade por meio das seguintes estratégias metodológicas:

- Curso de capacitação em Saúde Bucal na infância; Curso de capacitação em Acompanhamento, Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Capacitação em Educação em Saúde e em Educação Popular; Capacitação em metodologias ativas para processos educacionais, entre outros;
- Oficina de planejamento interprofissional congregando enfermeiros, médicos, dentistas e demais profissionais envolvidos no CD para sistematização das consultas;
- Elaboração de um Guia com padronização de atividades e protocolos em saúde bucal visando subsidiar as consultas de CD;
- Elaboração de uma Cartilha sobre Saúde Bucal para orientar pais e responsáveis sobre a saúde bucal das crianças e outros cuidados relativos à saúde durante a infância;
- Reunião com as equipes, por USF, para apresentar e debater a nova proposta de atendimento interprofissional nas consultas de CD;
- Rodas de conversas com as mães, gestantes e responsáveis para debater acerca da nova proposta de atendimento interprofissional nas consultas de CD;

- Criação de espaços (rodas sistemáticas de conversas) com os profissionais da ESF para avaliação do processo e feedback necessário para mudanças de estratégia, caso necessário, e/ou incrementação da proposta vigente.

Destaca-se que a avaliação vem ocorrendo de forma permanente, monitorada pelo pesquisador – componente do grupo operativo – por meio da observação participante, com registro em diário de campo e de imagens, além do feedback dos profissionais inseridos nas consultas de CD. Nesse sentido, serão monitorados alguns indicadores de processo: quantitativos: o número de consultas realizadas, o número de parceiros envolvidos e número de participantes por atividade; qualitativos: os objetivos alcançados em cada consulta/atividade, o nível de participação e de adesão dos profissionais, além da satisfação dos envolvidos.

Quanto aos indicadores de resultado, estão propostos:

- Quantitativos: número de crianças atendidas em consultas de CD interprofissionais; número de pais/gestantes/responsáveis abordados durante as oficinas.

- Qualitativos: ampliação e fortalecimento das relações interprofissionais; mudança positiva no processo de trabalho acerca das consultas de CD e de satisfação dos profissionais e dos usuários.

Os registros dos momentos vivenciados subsidiaram as discussões desta pesquisa, as quais estão ancoradas na literatura e nas políticas acerca da temática.

Destaca-se, entretanto, que como qualquer pesquisa científica apresenta limitações, uma vez que se trata de um território singular, envolto por um contexto sócio-político-cultural específico, não permitindo generalizações.

Considerações finais

Pode-se dizer que a percepção dos dentistas acerca do CD se traduz no acompanhamento das crianças para um crescimento saudável. De modo geral, compreendem que deve haver orientação aos pais e/ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal como meio essencial para manutenção da saúde das crianças requerendo, para tanto, a oferta de ações educativas que fomentem a compreensão da promoção da saúde e da prevenção de doenças bucais.

Nessa direção, os profissionais orientam, informam, educam e empoderam, compreendendo esses objetos como semelhantes. Esses, apesar de compartilhar uma interface, apresentam distinções, isto é, quem orienta/informa (diz como fazer) e quem possibilita o verdadeiro empoderamento utiliza-se de estratégias metodológicas que oportunizam a construção do conhecimento, promovem a tomada de consciência e a provável mudança de

hábitos e comportamentos. Vê-se assim, o predomínio de percepções que se ancoram em teorias que não se coadunam com as dimensões subjetivas, culturais e sociais dos sujeitos.

O estudo mostrou que metade dos dentistas do município de Caicó/RN participa das consultas de CD, realizando ações educativas, procedimentos clínicos odontológicos e teste da linguinha. Entende-se razoável esse percentual, entretanto, sugere-se a adoção de estratégias metodológicas, por meio do processo de educação permanente, para ativar e incrementar a participação dos dentistas no CD, inclusive, com a adoção de consultas interprofissionais.

A saúde bucal começa a ser introduzida nas consultas de CD, podendo vir a se constituir como potencialidade para o alcance de atenção e assistência mais integral em saúde. Nessa direção, as consultas de CD se apresentam como um espaço fértil para cuidar da boca, solidificando-se como ferramenta de promoção e proteção da saúde. Contudo, há muito que se percorrer para se alcançar e efetivar a integralidade do cuidado em saúde bucal. E, nesse cenário, é imprescindível a participação crítica e efetiva de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde do SUS, além de estudos complementares sobre o tema.

Produzir mudanças no processo de trabalho em saúde significa dialogar com práticas e concepções vigentes, problematizá-las, confrontar saberes estabelecidos com a realidade, desestabilizar convicções – por meio de rupturas epistemológicas –, construir uma nova forma de aproximação e de formulação de saberes e de comunicação com os saberes produzidos, visando construir novos pactos de organização do sistema, de convivência, de rearranjos e de práticas que aproximem a ESF/SUS da atenção integral, da qualidade e da produção do cuidado.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2017.
2. Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. Saude soc. 2012; 21(2):280-289.
3. Pedraza, DF, Santos IS. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 26(4):847-855.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União; 2000.

5. Araújo DC, Lucena EES, Tavares TRP *et al.* Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. *Revista Ciência Plural*. 2018; 4(2):87-101.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Macambira DSC. Ações da Odontologia em consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família. 2016. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
8. Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ver. Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2017-0068.
9. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Ver. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(3):566-574.
10. Lopes MRL, Paiva PA, Souza GCLL *et al.* Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência. *Revista da ABENO*. 2013; 13(2):42-49.
11. Stocco G, Baldani MH. 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). *Ciênc. Saúde coletiva*. 2011; 16(4):2311-2321.
12. Macambira DSC, Chaves ES, Costa EC. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. *Revista Saúde e Pesquisa, Maringá*. 2017; 10(3):463-472.
13. Castilho ARF, Barbosa TS, Mialhe FL *et al.* Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2013; 89(2):116-123.
14. Schwendler A, Faustino-Silva DD, Rocha CF. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2017; 22(1):201-207.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. Acesso em 23 jul 2018. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>.
16. Camargo BV. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Jesuíno JC, Camargo BV (Organizadores). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: EdUFPB; 2005. P.511-539.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Perceptions of the family members of children regarding well-child check-ups in the family healthcare strategy. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015; 36(1):62-68.

19. Monteschio CAC, Gaíva MAM, Moreira MDS. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(5):869-875.
20. Gauterio DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(3):508-513.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. Ferreira ACT, Pieszak GM, Rodrigues SO *et al.* Consulta de puericultura: desafios e perspectivas para o cuidado de enfermagem à criança e a família. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão.* 2015; 8(20):231-241.
23. Cangussu MCT, Passos JS, Cabral MBBS. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: Chaves SCL. *Política de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática.* Salvador: EdUFBA; 2016. P.47-78.
24. Martins LO, Pinheiro RDPS, Arantes DC *et al.* Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Ver Pan-Amaz Saude.* 2013; 4(4):11-18.
25. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate.* 2018; 42(spe2):76-91.
26. Carnut L, Frazão MP, Moura Neto JG *et al.* Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. *Revista da ABENO.* 2017; 17(4):46-62.
27. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA *et al.* Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saude soc.* 2014; 23(3):828-840.
28. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 1990.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2015.
30. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR *et al.* Validity and reliability of the neonatal tongue screening test. *Rev. CEFAC.* 2016 Nov-Dez; 18(6):1323-31.
31. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR *et al.* Validation of the Lingual Frenulum Protocol for Infants. *Int J Orofacial Myology.* 2016; 42(s/n):5-13.
32. Assis TJ, Souza NO, Chaves ANS *et al.* Sistematização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança: relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPE (on line).* 2015; 9(5):8493-8498.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
34. Pittner M, Bonassina M, Pittner E. Educação para a saúde bucal infantil: da gestação à idade pré-escolar. *Revista UNINGÁ Review*. 2018; 27(2):22-29.
35. Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(Suppl 2):1355-1364.
36. Souza ERL, Santos JFD, Oliveira Filho AA *et al*. Conhecimento de pais e cuidadores sobre saúde bucal de crianças pré escolares. *Revista UFG*. 2017; 17(20):80-94.
37. Smith GA, Riedford K. Epidemiology of early childhood caries: clinical application. *J Pediatr Nurs*. 2013; 28(4):369-73.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que a percepção dos dentistas acerca do CD se traduz no acompanhamento das crianças para um crescimento saudável. De modo geral, compreendem que deve haver orientação aos pais e/ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal como meio essencial para manutenção da saúde das crianças, requerendo para tanto a oferta de ações educativas que fomentem a compreensão da promoção da saúde e da prevenção de doenças bucais.

Nessa direção, os profissionais orientam, informam, educam e empoderam, compreendendo esses objetos como semelhantes. Esses, apesar de compartilharem uma interface, apresentam distinções, isto é, quem orienta/informa (diz como fazer) e quem possibilita o verdadeiro empoderamento, utiliza-se de estratégias metodológicas que oportunizam a construção do conhecimento, promovem a tomada de consciência e a provável mudança de hábitos e comportamentos. Vê-se assim o predomínio de percepções que se ancoram em teorias que não se coadunam com as dimensões subjetivas, culturais e sociais dos sujeitos.

A maior parte dos dentistas investigados (78%) afirmou ter participado em, pelo menos, uma consulta de CD. Entretanto, pouco mais da metade (56%) participa com frequência dessas consultas, realizando ações educativas, procedimentos clínicos odontológicos e teste da linguinha. Tal fato pode ser atribuído à formação eminentemente clínica do cirurgião-dentista que, de forma geral, ainda sofre forte influência do modelo biomédico, limitando sua atuação entre “quatro paredes” nos consultórios das UBS, reverberando práticas de saúde limitadas.

Observa-se que a saúde bucal começa a ser introduzida nas consultas de CD, podendo vir a se constituir como potencialidade para o alcance da atenção e assistência em saúde bucal. Nessa direção, as consultas de CD se apresentam como um espaço fértil para o cuidar da boca, solidificando-se como ferramenta de promoção da saúde. Contudo, há muito que se percorrer para que se venha a efetivar a integralidade do cuidado em saúde bucal. E, nesse cenário, é imprescindível a participação generosa, crítica e efetiva de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde do SUS.

Cabe destacar, entretanto, que a relevância desta pesquisa consiste na identificação da realidade nos territórios da ABS, a reflexão sobre os resultados e a proposição de novas práticas profissionais durante as consultas de CD, estimulando

o processo de educação permanente e quiçá um novo saber-fazer-cuidado por parte dos cirurgiões-dentistas em tela.

Produzir mudanças no processo de trabalho em saúde significa dialogar com práticas e concepções vigentes, problematizá-las, confrontar saberes estabelecidos com a realidade, desestabilizar convicções – por meio de rupturas epistemológicas, construir uma nova forma de aproximação e de formulação de saberes e de comunicação com os saberes produzidos, visando construir novos pactos de organização do sistema, de convivência, de rearranjos e de práticas que aproximem a ESF/SUS da atenção integral, da qualidade e da produção do cuidado.

7 REFERÊNCIAS

- AMORIM, K. P.; BEDAQUE, H. P. A Percepção dos Estudantes de Medicina sobre a Influência do Mediarte na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 54-62, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0054.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.
- ARAÚJO, D. C. *et al.* Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 4, n. 2, p. 87-101, 2018.
- ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p.1000-1007, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>. Acesso em: 15 maio 2019.
- ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 2, p. 91-99, 2007.
- ASSIS, W. D. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 1, p. 38-46, 2011.
- BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_da_dos_pesquisa_qualitativa.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.
- BARBOSA, A. F. G. **Prevalência de alterações bucais em bebês de 0 a 36 meses da Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP**. 2015. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jun. 2019.
- BRASIL. Presidente da República. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Aceso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica; 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 8 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 11 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal resultados principais**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 8 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 18, de 08 de janeiro de 2019**. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme normas e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. 2019. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/janeiro2019/dia10/portaria18.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C.; CAMARGO, B. V. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: EdUEPB, 2005. p.511-539.

CAMPOS, R. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2018.

CANGUSSU, M. C. *et al.* Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador – BA. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n.1, p. 57-65, 2016.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, abr./jun. 2012.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 76-91, out. 2018.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.

DEL CIAMPO, L. A. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2018.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4457-

4466, nov. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.21662013>. Acesso em 30 jun. 2019.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.459-463, 2012.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-513, maio/jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.935-944, maio 2012.

GOMES, A. M. M. *et al.* Principais agravos à saúde bucal em lactentes e pré-escolares. **Revista Guará**, Espírito Santo, n. 11, p. 124-137, jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 23 jul. 2018.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um Programa Educativo-Preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR**. 2002. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KRAMER, P. F. *et al.* Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, 2008.

LEMOS, L. V. F. M. *et al.* Experiência de cárie dentária em crianças atendidas em um programa de Odontologia para bebês. **Einstein**, São Paulo, v. 9, n. 4, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n4/pt_1679-4508-eins-9-4-0503.pdf. Acesso em: 07 de set de 2018.

LOPES, M. R. L. *et al.* Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 42-49. 2013.

LUCENA, D. B. A. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,

Porto Alegre, v. 39, e20170068, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v39/1983-1447-rngen-39-e2017-0068.pdf>. Acesso em: 10 de set de 2018.

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

MACAMBIRA, D. S. C. **Ações da Odontologia em consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família**. 2016. 65p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, A. P. **O Estatuto da Criança e do Adolescente como instrumento de efetivação dos direitos infanto-juvenis no Brasil**. 2010. Disponível em: <https://portal.metodista.br/gestaodecidades/publicacoes/artigos/sippi-2010-2/O%20ESTATUTO%20DA%20CRIANCA%20E%20DO%20ADOLESCENTE%20COMO%20INSTRUMENTO%20DE%20EFETIVACAO%20DOS%20DIREITOS%20INFANTO.pdf>. Acesso em: 05 de jul. de 2019.

NUNES, V. H.; PEROSA, G. B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 191-201, Jan. 2017.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, 2005.

OLIVEIRA, W. F.; FORTE, F. D.S. Construindo o significado da saúde bucal a partir de experiência com mães. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada**, João Pessoa, v.11, n. 2, p. 183-191, abr./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: OMS, 2017.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.16, n.1, p.71-79, 2000.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. S. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4,

out-dez, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00847.pdf>. Acesso em 07 de set de 2018.

PEZZATO, L. M, L'ABBATE, S. Uma pesquisa-ação-intervenção em saúde bucal coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 386-398, 2012.

PICCINI, R. X. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.7, n.1, p. 75-82, jan./mar. 2007.

PITTNER, M.; BONASSINA, M.; PITTNER, E. Educação para a saúde bucal infantil: da gestação à idade pré-escolar. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v. 27, n.2 , p. 22-29, jul./set. 2016.

PRAXEDES, A. O. *et al.* Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p.1-14, 2017.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 98, p. 1-12, 2015.

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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 201-207, 2017.

SILVA, R. A. *et al.* Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 83-89, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 03 jun. 2019.

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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2311-2321, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

VASCONCELOS, E. M.; FRATUCCI, V. B. **Práticas de Saúde Bucal**. 2014. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf. Acesso em: 19 jun. 2019.

VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. *et al.* A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p.396-400, jul. 2003.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Revista FAE**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-70, jan./abr. 2002.

WALTER, L. R. F. *et al.* **Manual de Odontologia para bebês**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Protocolo de atendimento odontológico no CD**NOME:** _____**DATA DE NASC.:** ____/____/____ **CNS:** _____**PAI:** _____**MÃE:** _____**1ª SEMANA** (____/____/____)

- **Visita domiciliar (Equipe)**

- Importância, incentivo e benefícios da amamentação exclusiva
- Orientações quanto à higiene bucal
- Controle da dieta com açúcar (suplemento, chás, etc)
- Manobra de desengasgo
- Uso de chupetas, bicos de mamadeiras e mordedores,
- Hábitos bucais deletérios

1º e 2º meses (____/____/____) (____/____/____)

- **Teste da linguinha (frenectomia?; p. 39 “outros exames” ou 40 “anotações”)**

- Importância, incentivo e benefícios da amamentação exclusiva
- **Exame da cavidade oral**
- Orientações quanto à higiene bucal
- Controle da dieta com açúcar (suplemento, chás, etc)
- Manobra de desengasgo
- Uso de chupetas, bicos de mamadeiras e mordedores
- Hábitos bucais deletérios
- **Situação vacinal**

4º mês (____/____/____)

- Importância, incentivo e benefícios da amamentação exclusiva
- **Ler campo “Saúde Bucal” da Caderneta de Saúde da Criança (p. 26 e 27) realizando adequações necessárias**

- Exame da cavidade oral
- **Avaliação dos dentes e tecidos moles**
- Orientações quanto à higiene bucal
- Controle da dieta com açúcar (suplemento, chás, **sucos**, etc)
- Manobra de desengasgo
- **Alimentação saudável (introdução alimentar? AÇÚCAR!!!)**
- Uso de chupetas, bicos de mamadeiras e mordedores
- Hábitos bucais deletérios
- Situação vacinal

6º mês (____/____/____)

- Ler campo “Saúde Bucal” da Caderneta de Saúde da Criança (p. 26 e 27) realizando adequações necessárias
- Exame da cavidade oral
- **Doenças bucais (prevenção e transmissão)**
- Avaliação dos dentes e tecidos moles
- Orientações quanto à higiene bucal
- Controle da dieta com açúcar
- **Conduta pós-traumatismo dento-alveolar**
- Manobra de desengasgo
- **Alimentação saudável (introdução alimentar? AÇÚCAR!!!)**
- Uso de chupetas, bicos de mamadeiras e mordedores
- **Importância dos dentes decíduos**
- Hábitos bucais deletérios
- Situação vacinal

9º mês (____/____/____)

- Ler campo “Saúde Bucal” da Caderneta de Saúde da Criança (p. 26 e 27) realizando adequações necessárias
- Exame da cavidade oral
- **Cronologia da erupção dos dentes decíduos**
- Avaliação dos dentes e tecidos moles
- Orientações quanto à higiene bucal

- Controle da dieta com açúcar
- **Prevenção de acidentes e traumas**
- Conduta pós-traumatismo dento-alveolar
- Manobra de desengasgo
- Alimentação saudável (AÇÚCAR!)
- Uso de chupetas, bicos de mamadeiras e mordedores
- Importância dos dentes decíduos
- Hábitos bucais deletérios
- **Primeira dentição (antibióticos)**
- Situação vacinal

12º, 18º e 24º meses (____/____/____) (____/____/____)
(____/____/____)

- **Apresentação do consultório**
- Orientações quanto à higiene bucal
- Controle da dieta com açúcar
- Conduta pós-traumatismo dento-alveolar
- Alimentação saudável (AÇÚCAR!)
- **Permanência** do uso de chupetas e mamadeiras
- Importância dos dentes decíduos
- Hábitos bucais deletérios
- Primeira dentição
- **Entrega de insumos para higiene oral**
- Exame da cavidade oral
- Cronologia da erupção dos dentes decíduos
- Avaliação dos dentes e tecidos moles
- Situação vacinal
- **Procedimentos curativos**

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS E ENFERMEIROS DAS ESFS DE CAICÓ/RN SOBRE A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA PUERICULTURA

Pesquisador: RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94960518.1.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.841.028

Apresentação do Projeto:

O protocolo é um Projeto de Mestrado Profissional em saúde da família vinculado Núcleo de estudos em Saúde Coletiva/UFRN em que se pretende, através de um estudo transversal e descritivo, de caráter qualitativo com pesquisa de campo junto aos Enfermeiros e Cirurgiões-

Dentistas das Equipes de Saúde da Família, analisar a visão dos profissionais de Odontologia e Enfermagem das Estratégias de Saúde da Família de Caicó/RN sobre a participação do cirurgião-dentista nas consultas de puericultura. Para isso, 19 Enfermeiros e 19 Dentistas que integram as Equipes de Saúde da Família do referido município participarão de entrevistas individuais semiestruturadas. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e avaliadas. Os dados serão submetidos a análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Analisar a visão dos profissionais de odontologia e enfermagem das Estratégias de Saúde da Família de Caicó/RN sobre a participação do cirurgião-dentista nas consultas de puericultura.

Objetivos específicos

- Investigar como se dá a participação dos cirurgiões-dentistas nas consultas de puericultura;

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 2.841.028

- Avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as consultas de puericultura;
- Averiguar se orientações em saúde bucal são ofertadas na puericultura e por qual profissional;
- Verificar a existência de trabalho multiprofissional e interdisciplinar na puericultura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A descrição dos riscos e benefícios no TCLE estão adequados para a pesquisa e de acordo com a resolução do CNS nº466/2013. Os riscos estão descritos como mínimos são explicitados riscos de possíveis constrangimento ou desconforto pelo tempo gasto no fornecimento das respostas e pelas informações repassadas. Para minimizá-los, os pesquisadores pretendem garantir no momento da coleta de dados, um ambiente tranquilo, agradável e confortável, assim como garantir a privacidade e o anonimato dos participantes. Além disso, é informado que caso alguma pergunta cause constrangimento de qualquer natureza, o participante terá o direito de se recusar a responder as perguntas ou solicitar maior esclarecimento. Os benefícios diretos descritos são o fato de a pesquisa provocar uma reflexão sobre práticas de promoção da saúde e prevenção vivenciadas e que podem ser desenvolvidas no âmbito da atenção básica; e indireto, contribuir para o conhecimento científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Através dos resultados dessa pesquisa os autores buscam conhecer como se procede a assistência odontológica na puericultura nas Equipes de Saúde da Família de Caicó/RN e a visão dos profissionais de Enfermagem e de Odontologia sobre sua importância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto de pesquisa está bem embasado e os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Remover o critério de exclusão relativo ao participante que se recusa a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que essa etapa é prévia a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após revisão ética foi verificado que o protocolo em questão se apresenta dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.841.028

Considerações Finais a critério do CEP:

O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.

Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.

O CEP HUOL deverá ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1181813.pdf	02/08/2018 09:42:59		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Renan.pdf	02/08/2018 09:42:07	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Folha_de_Identif_do_Pesquisador.pdf	01/08/2018 22:05:10	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito
Outros	termo_aut_grav_voz.pdf	01/08/2018 22:01:23	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/08/2018 21:59:12	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Renan_CEP_HUOL.pdf	20/07/2018 08:53:20	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	20/07/2018 08:52:52	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	20/07/2018 08:51:23	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_nao_inicio.pdf	20/07/2018 08:50:00	RENAN CABRAL DE FIGUEIREDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.841.028

NATAL, 24 de Agosto de 2018

Assinado por:
SERGIO ALBUQUERQUE
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br