

A gestão em saúde bucal na linha de cuidado materno infantil: Análise do Programa ‘Sorria Bombeirinho’ da Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasil.

Management in oral health in the line of maternal child care: Analysis of Program ‘Sorria Bombeirinho’ Dental Polyclinic of the Fire Brigade of the Federal District, Brazil.

Gestión en línea de la salud oral de la madre de cuidado de niños: Análisis de ‘Sorria Bombeirinho’ Dental Policlínico del Cuerpo de Bomberos del Programa Federal de Distrito, Brazil.

Jéssica Nascimento SILVA ¹
Cinthia de Carvalho GONTIJO ²
Vanessa Resende Nogueira CRUVINEL ³

RESUMO: A saúde bucal não pode ser dissociada da saúde geral e influencia diretamente na qualidade de vida e autoestima do indivíduo. Programas preventivos que acompanham as crianças desde o nascimento são fundamentais para o desenvolvimento de uma dentição saudável sem cárie ou outras sequelas. Além disso, é muito importante que o gestor compreenda a visão do usuário em relação ao serviço de saúde, para que este se sinta seguro e acolhido. Este trabalho teve como objetivo analisar o programa da linha de cuidado odontológico materno-infantil na Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (PODON – CBMDF). Com isso, avaliou-se a percepção dos responsáveis pelas crianças de 0 a 2 anos participantes da primeira fase do programa no período de 2011 a 2013 e as condições de saúde bucal dos mesmos. Esta foi do tipo exploratória, com abordagem quantitativa, de natureza aplicada, onde realizou-se uma pesquisa

¹ Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Atualmente bolsista-Fiotec atuante no Ministério da Saúde.

² Especialista em Odontopediatria pela ABO-DF. Oficial do Quadro de Cirurgiões Dentistas do Corpo de Bombeiros Militar do CBMDF.

³ Mestre e Doutora em Ciências da Saúde.

Docente do Curso de Saúde Coletiva Adjunta da Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia - DF.

de campo, ocorrendo em 2 etapas: aplicação de questionário aos responsáveis e análise dos prontuários dos pacientes. Foi utilizado o Software Microsoft Excel 2007 para análise estatística dos dados. Após tabulação e interpretação dos mesmos, foi feito um relatório, e o mesmo foi entregue à gerência do programa. Os questionários aplicados aos pais identificaram que estes estão muito satisfeitos com as ações e serviços do programa e da instituição. A análise dos prontuários mostrou que, das 75 crianças analisadas, 67 (89%) não apresentaram enfermidade bucal durante o acompanhamento. Dessa forma, o programa mostra-se efetivo na prevenção de cárie precoce na primeira infância.

Palavras-Chave: Relações Mãe-Filho. Cuidado da criança. Gestantes. Assistência odontológica. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Oral health can not be separated from general health and directly influences the quality of life and self-esteem of the individual. Preventive programs accompanying children from birth are fundamental to the development of a healthy dentition without caries or other sequelae due to para- functional habits. Moreover, it is very important that the manager understands the user's view in relation to the health service, so that it feels safe and welcomed. This study aimed to examine the program of maternal and child dental care Dental Polyclinic line in the Fire Brigade of the Federal District (PODON - CBMDF). Thus, we evaluated the perception of those responsible for children 0-2 years attending the first phase of the program in the period 2011-2013 and oral health conditions thereof. This research was exploratory, using a quantitative approach, the applied nature, where there was a field study, occurring in 2 steps: a questionnaire to managers and analysis of medical records of patients. Microsoft Excel 2007 software was used for statistical analysis. After tabulation and interpretation thereof, a report was made, and the same was delivered to program management. The questionnaire to parents identified that they are very satisfied with the actions and services of the program and the institution. The analysis of the records showed that of the 75 children studied, 67 (89 %) had oral disease during follow-up. Thus, the program appears to be effective in preventing early childhood caries in early childhood.

Keywords: Mother-Child Relations. Child Care. Pregnant Women. Dental Care. Health Promotion.

RESUMEN: La salud oral no se puede separar de la salud en general e influye directamente en la calidad de vida y la autoestima de la persona. Los programas preventivos que acompañan a los niños desde el nacimiento son fundamentales para el desarrollo de una dentadura sana y sin caries u otras secuelas debidas a hábitos parafuncionales. Por otra parte, es muy importante que el administrador entienda vista del usuario en relación con el servicio de salud, para que se sienta seguro y acogido. Este estudio tuvo como objetivo examinar el programa de línea de Policlínica Dental materna y el cuidado dental infantil en el Cuerpo de Bomberos del Distrito Federal (PODON - CBMDF). Por lo tanto, se evaluó la percepción de los responsables de los niños de 0-2 años que asistieron a la primera fase del programa en el período 2011-2013 y las condiciones de salud oral de los mismos. Esta investigación fue exploratorio, con abordaje cualitativo, el carácter aplicado, donde había un estudio de campo, que se producen en 2 etapas: un cuestionario a los directivos y el análisis de las historias

clínicas de los pacientes. Software Microsoft Excel 2007 se utilizó para el análisis estadístico. Después de la tabulación e interpretación de los mismos, se realizó un informe, y el mismo fue entregado a la gestión del programa. El cuestionario a los padres identificó que están muy satisfechos con las acciones y servicios del programa y la institución. El análisis de los registros mostraron que de los 75 niños estudiados, 67 (89 %) tenían enfermedad oral durante el seguimiento. Así, el programa parece ser eficaz en la prevención de la caries de la primera infancia en la primera infancia. **Palabras-clave:** Relaciones Madre-Hijo. Cuidado del Niño. Mujeres Embarazadas. Atención Odontológica. Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

A saúde não é só a ausência de doença, mas um conjunto de bem-estar que a proporcione em totalidade. Esta não depende apenas do indivíduo, mas do ambiente, do seu estado físico, psicológico e social. Depende de ações e serviços que são proporcionados por outras pessoas e entidades.¹

No Brasil, a Constituição Federal de 1988² (CF/88) garante a todo cidadão brasileiro o direito à saúde através de políticas sociais e econômicas, visando a diminuição de riscos de agravos e doenças com ações e serviços para a promoção, prevenção e recuperação de saúde de forma universal e igualitária. Todos os cidadãos têm direito à saúde, desde a sua concepção até a morte. Deve-se tratar de forma universal, integral e igualitária respeitando as diferenças.

Nas últimas décadas, a promoção da saúde tem sido uma ferramenta extremamente importante para o aumento na qualidade de vida, pois além de prevenir doenças envolve as pessoas na atenção ao cuidado da saúde.³

A saúde de um indivíduo, ou de uma família, é sempre influenciada por uma cultura, seja ela local, social ou individual. Geralmente são de práticas advindas da representação materna. Desde o princípio da humanidade, a mulher é vista como a base forte de cada família, é a mãe, aquela que cuida do filho desde a gravidez, cuida da alimentação, da vestimenta, da educação e do modo de viver. Ela não cuida apenas do filho, a mulher cuida de toda família. É ela que encaminha para os cuidados médicos, é ela que se preocupa, ou seja, é a agente do cuidado da família.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) formulada e lançada na agenda política brasileira em 2004, tem o propósito de recuperar o direito do brasileiro à atenção em saúde bucal. Esta recebeu o nome de Programa Brasil Sorridente, que compreende um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, exercendo atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, consequentemente aumentando a qualidade de vida dessas pessoas, com o objetivo de superar as desigualdades trazidas pela lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento, o abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população⁴.

O Distrito Federal, com todas as influências quanto à prevenção, desde o final da década de 80, apresentou um programa de atendimento precoce chamado Programa Cárie Zero. O objetivo

deste programa é a redução das doenças bucais em bebês e crianças nos primeiros anos de vida, principalmente com a participação, cooperação e colaboração dos responsáveis. Conta com alguns fatores que potencializam seu sucesso, tais como: ações educativo-preventivas, rede de serviços estratificada e regionalizada, possibilidade de acesso da população ao serviço e boa aceitação popular dos programas de atenção primária da rede básica de serviços nos campos de saúde materno-infantil⁵.

O programa Cárie Zero é pautado pela filosofia da prevenção, onde se procura abastecer a família, ou os responsáveis por aquela criança, de informações importantes acerca de saúde bucal, em especial sobre a prevenção de cárie dental nos primeiros anos de vida.

Esse programa implica em mudanças de atitude de um modelo curativo para um educativo preventivo, e atende alguns pontos sugestivos de integração com outros programas de saúde, por exemplo, o programa de gestantes, onde a mulher está psicologicamente predisposta a mudanças com relação ao filho, com esforços em prol dessa criança. Os aspectos mais relevantes abordados durante o Programa Cárie Zero são: aleitamento e amamentação, cárie severa da infância, limpeza da boca e dentes, controle de dieta, alterações de desenvolvimento dos dentes, erupção dentária, hábitos viciosos e uso racional do flúor.

O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal⁶ (CBMDF), órgão da Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal, diretamente subordinado ao Governador do Distrito Federal, tem os dispositivos legais descritos, essencialmente, na Lei de Organização Básica (lei 8.255 de 20 de novembro de 1991)⁷ com modificações recentes promovidas pela lei 12.086, de 06 de novembro de 2009.

Com o aumento da Corporação e do quadro funcional dos Bombeiros Militares e da família bombeiro-militar, deu-se a necessidade de inserir na estrutura organizacional membros de apoio técnico operacional. Foi neste contexto que surgiu a Policlínica Odontológica (PODON) do CBMDF onde proporciona a toda comunidade bombeiro militar do DF a assistência aos assuntos relacionados à saúde e à saúde bucal com os objetivos básicos de garantir a assistência e a cura das principais patologias de todos os componentes da Corporação, por meio da prevenção e dos atendimentos diretos.

A PODON-CBMDF foi criada pela Lei N° 12.086⁸, mas o serviço odontológico iniciou-se em 1977 com um dentista civil. De 1981 a 1994 o atendimento odontológico era realizado por três dentistas civis cedidos pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Em 1987 foi criado o quadro de bombeiros militar de saúde. É um órgão fundamental de atuação da Diretoria de Saúde (DS), representando a divisão especializada nas afecções de origem bucal. Atualmente a PODON-CBMDF conta com 73 profissionais de saúde, sendo eles 28 cirurgiões dentistas, 21 bombeiros militares e 24 auxiliares em saúde bucal terceirizados. A direção conta com o Tenente Coronel José Francisco Gonçalves Júnior, que também atua como odontólogo, com a especialidade cirurgião

dentista.

O programa ‘Sorria Bombeirinho’ iniciou-se como projeto piloto no ano de 2010, atualmente é gerenciado por uma Major do Quadro de Oficiais Bombeiro Militar, que também exerce a função de cirurgiã dentista, com a especialidade de odontopediatra, atendendo todos os participantes do programa. É um programa de atenção à saúde bucal, cuja a primeira fase é voltada para crianças de 0 a 2 anos de idade e a segunda fase é voltada para as crianças de 2 a 12 anos, com o objetivo de obtenção de saúde bucal infantil por meio de atendimento odontológico especializado e pela adoção de hábitos capazes de prevenir e/ou controlar o curso de evolução das doenças bucais.

O programa ‘Sorria Bombeirinho’ realiza uma palestra inicial que funciona como uma “porta de entrada” para os usuários do programa. Para este, são convidados as gestantes e crianças de 0 a 2 anos e 11 meses que ainda não são acompanhadas pelo programa. A palestra tem o título ‘Cuidando da saúde bucal da mamãe e do bebê’, onde a odontopediatra ministra uma aula sobre promoção e prevenção da saúde bucal desde a gravidez acompanhada por uma nutricionista militar da corporação. Nesta palestra os responsáveis marcam a primeira consulta e assinam a Declaração do Programa, onde estão descritos os objetivos e as regras principais. Após a primeira consulta, de acordo com o risco de cárie, são marcados os retornos que podem ser mensais, trimestrais e semestrais. A criança que apresentar cárie cavitada durante o tratamento e ocorrer faltas não justificadas são reencaminhados para a palestra inicial.

O programa é dividido em duas fases, a primeira fase é de crianças de 0 a 2 anos, onde os tratamentos executados são: Orientação Higiene Bucal (OHB); Orientação da Dieta Alimentar - Cariogênicidade dos alimentos (ODA); Conscientização dos pacientes - Caráter comportamental da doença; Profilaxia com gaze + água oxigenada diluída; Aplicação tópica de flúor - espuma fluoretada ou verniz com flúor (ATF). A segunda fase do programa é de crianças de 3 a 12 anos, os tratamentos executados são: Orientação Higiene Bucal (OHB); Orientação da Dieta Alimentar - Cariogênicidade dos alimentos (ODA); Profilaxia profissional; Aplicação tópica de flúor (ATF); Selantes (se necessário). Após os 12 anos as crianças são encaminhadas à clínica geral.

Este trabalho teve como objetivo analisar o programa ‘Sorria Bombeirinho’ da linha de cuidado odontológico materno-infantil na PODON – CBMDF, através da percepção dos responsáveis pelas crianças participantes da primeira fase do programa e das condições de saúde bucal dos participantes do programa, ambos no período de 2011 a 2013; e, ao final, propor à gerência melhorias no cuidado da saúde bucal materno infantil para que o usuário se sinta mais seguro e acolhido dentro desta instituição de saúde.

DESENVOLVIMENTO

Metodologia

Este se tratou de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa, de natureza aplicada,

onde realizou-se uma pesquisa de campo na PODON-CBMDF, para analisar e avaliar os benefícios do programa ‘Sorria Bombeirinho’. A amostra da pesquisa se constituiu por todas as 75 crianças de 0 a 2 anos participantes da primeira fase do programa de 2011 a 2013 e seus responsáveis. Os critérios de inclusão foram: ser usuário da PODON-CBMDF, participar do programa ‘Sorria Bombeirinho’, fazer parte da primeira fase do programa de 2011 a 2013, e aceitar participar desta pesquisa assinando o TCLE. Os critérios de exclusão compreenderam: dados que não façam parte de usuários da PODON-CBMDF, crianças que não participam do programa ‘Sorria Bombeirinho’, crianças que não fazem parte da primeira fase do programa no período de 2011 a 2013, dados ilegíveis e/ou incompletos e convidados que se recusarem a participar da pesquisa.

Aspectos Éticos

O Administrador da PODON-CBMDF e a odontopediatra responsável pelo programa ‘Sorria Bombeirinho’ na PODON-CBMDF assim como os responsáveis pelas crianças, assinaram os Termos de Concordância para a realização dessa pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde e Medicina da Universidade de Brasília (FS/UnB), sob número 20755213.0.0000.0030.

A pesquisa envolveu 2 etapas, sendo:

1ª etapa: Aplicação de questionários: Todos os responsáveis, que acompanham as crianças nas consultas, participantes da primeira fase do programa, foram convidados a responder ao questionário semi-estruturado de autopreenchimento para analisar e constatar o quanto estes estão cientes da importância do programa e das recomendações orientadas pela odontopediatra, tanto na palestra inicial quanto nas consultas.

O questionário foi construído pela autora com base em pesquisas anteriormente realizadas pela mesma em outras instituições de saúde, durante a graduação.

O questionário foi dividido em:

Questões gerais: nível de escolaridade e sexo do responsável, idade e sexo da criança.

Questões específicas ao programa: a nota para o programa, a satisfação com o programa, a importância do programa para a saúde bucal da criança, a importância da palestra inicial, a presença nas consultas marcadas, a realização dos procedimentos recomendados pela odontopediatra, quando se deve começar a assistência odontológica, a realização da limpeza bucal da criança, quais os procedimentos para a realização da higiene bucal da criança e o que considera uma boa educação em saúde bucal.

Para analisar as notas de 0 a 10 dadas ao programa, estas foram caracterizadas em três grupos:

< 5 (pouco satisfatório); ≥ 5 e < 7 (satisfatório) e ≥ 7 (muito satisfatório).

O questionário foi aplicado em 10% da amostra (8 pessoas) como estudo piloto para ajuste. Depois de ajustado, sendo descartado o que foi respondido nesta fase, foi realizada uma nova aplicação.

Nesta pesquisa tiveram pessoas que não responderam algumas questões, ou seja, as perdas. Este dado se mostra como “Não respondeu/Não responderam”, estes foram questionamentos em que as pessoas poderiam não se sentir à vontade para responder.

2ª etapa: Análise de prontuários: Nos prontuários foram analisadas as seguintes variáveis: ano de nascimento, ano que ingressou no programa, sexo, o tipo de aleitamento (materno ou mamadeira), a situação de saúde que ingressou quanto ao de risco de cárie, se apresentou doença durante o tratamento (mancha branca ou cárie) e se faltou ao acompanhamento.

A situação em que a criança ingressou no programa de acordo com o grau de risco de cárie foi classificado em: alto, médio e baixo risco. O alto risco de cárie foi indicado para crianças que durante acompanhamento não realizam higiene bucal após as refeições, a ingestão de doces é frequente, fazem uso de mamadeira noturna, não consomem água fluoretada e apresentam mancha branca ou cárie. O médio risco foi indicado para crianças que realizam higiene bucal sem regularidade, ou seja, quando acham necessário ou apenas por recomendação da dentista durante a consulta, consomem açúcar com frequência, não dormem mamando, consomem água fluoretada e não apresentam mancha branca ou cárie. O baixo risco foi indicado para crianças que realizam a higiene bucal de maneira correta, após as refeições, têm baixo consumo de açúcares, não dormem mamando, são expostos ao flúor e não apresentam mancha branca e/ou cárie⁹.

Através da análise das respostas, dos questionários aplicados aos responsáveis pelas crianças e a análise de prontuários, avaliou-se os benefícios do programa para os usuários.

Os dados estatísticos obtidos através das respostas dos questionários e dos registros em prontuários foram analisados e processados com o auxílio do Software Microsoft Excel 2007. Este realiza as contas automaticamente, arredondando resultados de 99% para 100%, mesmo formatando as células para 6 casas decimais após a vírgula.

Ao final foi produzido um relatório sobre o programa e seus benefícios para os usuários nesta instituição. Este relatório será entregue à diretoria/gerência da PODON-CBMDf.

Resultados e Discussões

1ª Etapa: Aplicação dos Questionários:

Considerando as crianças da primeira fase do programa de 2011 a 2013, 75 crianças estão em

acompanhamento. O questionário foi entregue aos 75 responsáveis, destes, 43 responderam o questionário.

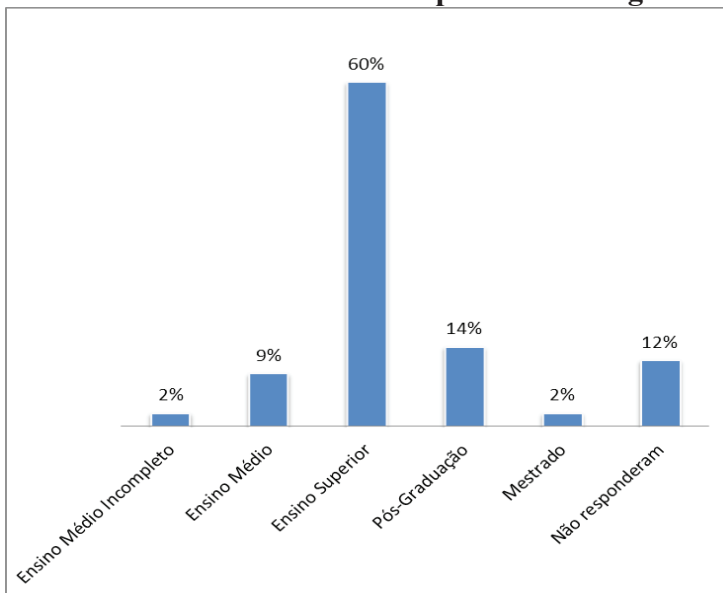
Questões gerais:

Os itens iniciais dos questionários tratavam de questões pessoais dos responsáveis que acompanhavam as crianças nas consultas, 23 (54%) acompanhantes eram as mães, 19 (44%) pais e 1 (2%) não respondeu. Esta pequena diferença pode ser relacionada pela mudança de paradigma, de que a delegação do cuidado da criança ficava em grande parte sob-responsabilidade da mãe. Nas últimas décadas, há uma maior participação da família no cuidado das crianças. Atualmente, o pai está mais participativo nessas questões, compartilhando este papel. Por se tratar de uma instituição militar, outro fator pode ser a grande participação dos homens na corporação.

Destes responsáveis que acompanhavam as crianças nas consultas odontológicas 2% nível médio incompleto, 9% possuem nível médio completo, 60% possuem nível superior completo, 14% já são pós-graduados, 2% possuem mestrado, 12% não responderam (Figura 1).

Este dado caracteriza o bom nível de instrução dos responsáveis. Isso pode ter um reflexo positivo na valorização dos programas de promoção da saúde. Este dado, também pode estar relacionado com a nova exigência do CBMDF: para sua corporação ter nível superior completo.

Nível de escolaridade dos responsáveis – Figura 1



Questões específicas ao programa:

Para avaliar a qualidade do programa, os responsáveis foram convidados a darem uma nota de 0 a 10 para o mesmo. Considerando que < 5 – pouco satisfatório; ≥ 5 e < 7 – satisfatório e ≤ 7 muito satisfatório, 95% dos pais consideram o programa de muito satisfatório (Tabela 1).

Os próximos itens foram perguntas em relação ao acolhimento da Policlínica e do programa: 96% dos responsáveis disseram estarem satisfeitos com os serviços da PODON, 98% afirmaram que o programa é relevante para a saúde bucal do filho e 95% afirmaram que a Palestra Inicial do programa é importante. Isso nos mostra a grande satisfação dos pais com o acolhimento do serviço, tanto em relação com a instituição quanto com o programa.

O Vínculo entre a odontopediatra e os responsáveis é fortalecido a partir das idas regulares às consultas. Destes, 93% afirmaram que comparecem às consultas marcadas no programa. A partir disso, 96% destes relataram que realizam os procedimentos recomendados pela profissional como, por exemplo, diminuição de açúcar, retirada ou diminuição de mamadas durante a madrugada, higiene das mamadeiras, limpeza bucal das crianças após as refeições, entre outros, pois varia de acordo com a criança.

Tabela 1: Opinião dos responsáveis quanto ao programa.

	N	%
Nota para o programa:		
< 5 – pouco satisfatório	0	0
≥ 5 e < 7 – satisfatório	0	0
≥ 7 muito satisfatório	41	95
Não responderam	2	5
Satisfação dos responsáveis com os serviços da PODON:		
Sim	41	95
Não	0	0
Às vezes	1	2
Não responderam	1	2
Importância da Palestra Inicial:		
Sim	41	95
Não	0	0
Às vezes	0	0
Não responderam	2	5
Frequência nas consultas:		
Sim	40	93
Não	0	0
Às vezes	2	5
Não responderam	1	2
Executa os procedimentos recomendados pela dentista:		
Sim	41	95
Não	0	0
Às vezes	1	2
Não responderam	1	2

FONTE: Dados da pesquisa.

Isso deixa claro que as recomendações feitas pela profissional são vistas pelos responsáveis como medidas importantes para a saúde bucal das crianças. Para Finkler, Oleiniski e Ramos¹⁰ esse vínculo criado inicialmente entre a cirurgiã-dentista (CD) e os responsáveis é primordial, sendo

que este será reestruturado pelo vínculo entre a CD, os responsáveis e a criança e mais tarde pelo vínculo CD e criança. Isso é a formação de um círculo de saúde que recomeça a cada nova geração, trazendo benefício a todos os participantes.

Para saber o quanto de conhecimento foi absorvido pelos responsáveis, tanto oferecidos na palestra inicial quanto nas consultas, foram feitas as seguintes perguntas: Quando se deve começar a assistência odontológica para as crianças? 42% disseram na gestação, 49% de 0 a 1 ano, 2% de 1 ano a 2 anos, 5% a partir de 2 anos e 2% não responderam. Levando em consideração que a assistência odontológica envolve promoção e prevenção da saúde, com o início na gestação, deve-se reforçar para a população em questão a importância da mãe já se tornar uma promotora de saúde desde a gravidez, envolvendo-se nos cuidados da saúde bucal de seu filho desde o nascimento já no período da amamentação.

Os pais, ao responderem quando se deve fazer a limpeza bucal da criança, 69% disseram após a alimentação, 29% afirmaram três vezes ao dia e 2% não responderam. Este resultado mostra a preocupação e o aprendizado sobre a higiene bucal das crianças, levando em consideração a alimentação, que é um componente que merece destaque. A alimentação enquanto prática se desenvolve no convívio familiar e social. A presença de uma dieta saudável e a formação de bons hábitos alimentares vem sendo associada à prevenção da cárie dentária na primeira infância¹¹.

Para saber quais instrumentos de limpeza bucal eram realizados pelos responsáveis para a higienização bucal das crianças, foram mostradas itens de múltipla escolha, onde os responsáveis poderiam responder mais de uma alternativa: 31% com fio dental, 48% com escova de dente e dentifrício sem flúor, 11% com escova de dente e dentifrício com flúor, 3% escova de dente molhada com água, 6% gaze úmida e 1% não responderam. A primeira fase do programa envolve crianças de 0 a 2 anos, aquelas que ainda não apresentaram o primeiro dentinho devem realizar a higiene bucal com gaze úmida. As crianças que já apresentam o primeiro dentinho ou mais devem realizar a higiene com escova de dente e dentifrício sem flúor, devido ao fato da criança ainda não saber cuspir.

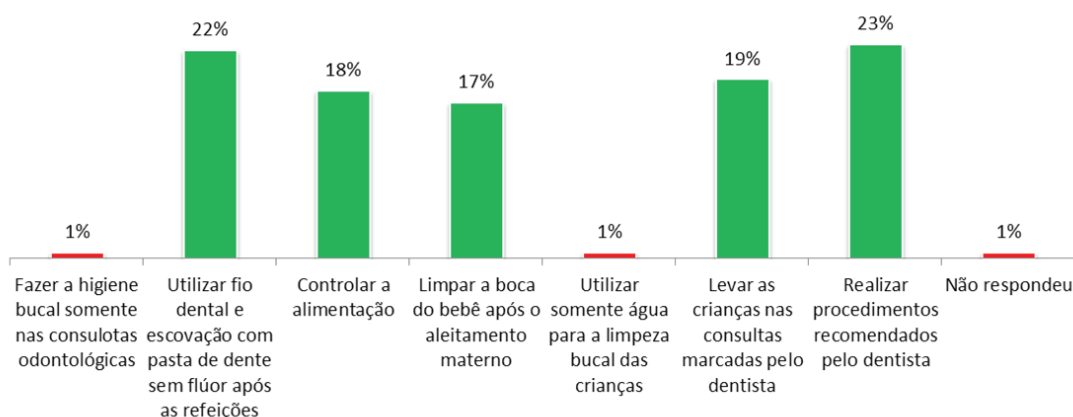
O programa recomenda a escovação com dentifrício sem flúor, pois, a ingestão de flúor em crianças de 0 a 6 anos pode causar Fluorose Dental onde Lima e Cury¹² afirmam que é um defeito de formação do esmalte, resultante da ingestão de flúor durante o desenvolvimento do dente. O comprometimento estético depende do período que a criança é submetida.

Por fim, mais uma questão múltipla escolha onde os responsáveis teriam que escolher dentre as alternativas mostradas, complementos para a seguinte frase: Uma boa educação em saúde bucal envolve...

Levando em consideração que o programa recomenda: a utilização do fio dental e a escovação com dentifrício sem flúor após as refeições, indica o controle da alimentação; a higienização bucal em bebês após o aleitamento; o comparecimento nas consultas agendadas e a realização em casa dos

procedimentos recomendados pela odontopediatra, constatou-se que os responsáveis conseguiram absorver as ações e procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal nas crianças de 0 a 2 anos. Este dado se equivale ao resultado do estudo de Kuhn e Wambier¹³, onde é enfatizado que a educação prévia dos pais, eliminando os fatores de risco em idade precoce, é uma das condutas mais importantes na prevenção da cárie. Isso depende da qualidade e do acesso dos pais às medidas educativas e preventivas e do reforço constante na construção deste conhecimento, mas para isso é preciso investir em educação e na melhoria das condições socioeconômicas, além de estimular a solidariedade coletiva e a autoestima, para que o nível de saúde seja melhorado.

Conhecimento dos responsáveis quanto à uma boa educação em saúde bucal – Figura 2



As respostas do questionário mostrou uma relação positiva entre os responsáveis e o programa, afirmando o que aprenderam tanto na Palestra Inicial quanto nas consultas odontológicas. A participação dos responsáveis nas consultas também é uma forma de dar autonomia a eles, pela participação, observação e compreensão do que acontece dentro do consultório. Isso nos mostrou o quanto os responsáveis acreditam e são leais ao programa respeitando as orientações da odontopediatra dentro do consultório.

Essa ligação é extremamente importante para a promoção da saúde bucal das crianças e fortalece a linha de cuidado materno-infantil, pois há o cuidado da criança junto da figura materna (podendo ser outro membro familiar além da mãe). Nesta linha de cuidado a figura materna participa de todos os processos relacionados à saúde da criança, de forma com que esta seja um elemento fundamental desde a gestação, pois ela é uma forte influência na saúde bucal desta criança. Dessa forma, os responsáveis e as crianças são participantes da linha de cuidado materno-infantil em saúde bucal através do programa ‘Sorria Bombeirinho’.

A interação dos responsáveis durante as consultas oferece a sensação de acolhimento e conforto às crianças, assim elas acabam se sentindo à vontade para serem cuidadas.

O conhecimento destas questões torna-se muito importante para a gestão porque os responsáveis são, também, educadores e promotores em saúde, sendo que são eles que realizam a comunicação

entre a profissional de saúde e a criança.

Um fator importante e que não foi realizado nesta pesquisa foi a pergunta sobre a participação destes responsáveis em outro programa de promoção, prevenção e educação em saúde bucal, este pode ser um viés da pesquisa. Dessa forma, supõe-se que as informações respondidas no questionário foram advindas da participação no programa ‘Sorria Bombeirinho’.

2ª etapa: Análise de Prontuários:

Inicialmente foram analisados os dados das crianças relativos ao ano de nascimento, sexo e ano de ingresso ao programa (Tabela 2).

De acordo com a análise de prontuários de 75 crianças participantes do programa, 43 (57%) são do sexo masculino e 32 (43%) do sexo feminino. Constatou-se que as 48 crianças possuem aproximadamente 2 anos, 23 possuem aproximadamente 1 ano e 4 possuem entre 1 mês e 1 ano. Estes dados mostram que mais da metade da amostra iniciou o acompanhamento odontológico entre os 2 anos de idade, levando em conta os cuidados com o aleitamento e a dieta alimentar inicial, isso pode ser considerado atraso ou descaso na procura de atendimentos odontológicos para as crianças. De acordo com o estudo realizado por Fadel, Saliba e Moimaz¹¹, expõe que o período de maior desenvolvimento, psíquico e biológico, é na fase inicial da vida, sendo, então, o momento ideal para a inserção de aspectos positivos relacionados à saúde geral e à saúde bucal.

Tabela 2: Variáveis demográficas: ano de nascimento, sexo e idade da criança quando ingressou no programa.

	N	%
Ano de nascimento:		
2011	48	64
2012	23	31
2013	4	5
Sexo:		
Feminino	32	43
Masculino	43	57
Idade quando ingressou no programa:		
0 a 6 meses	45	60
> 6 meses e < 1 ano	25	33
> 1 ano	5	7

FONTE: Dados da pesquisa.

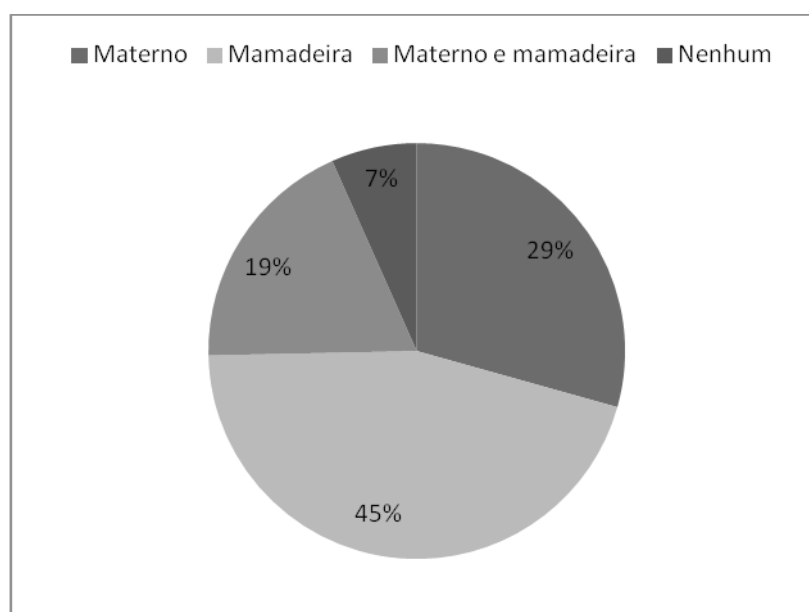
De acordo com a idade de ingresso da criança ao programa, observou-se que, mesmo com as palestras para as gestantes e crianças de 0 a 2 anos, apenas 60% dos pais levam as crianças até

6 meses de idade para o acompanhamento na saúde bucal. Levando em consideração que ainda há um senso comum de que só se leva a criança ao cirurgião-dentista a partir do surgimento do primeiro dentinho ou quando se tem alguma enfermidade, deve ser mais reforçado no programa a importância de iniciar o acompanhamento do bebê a partir do nascimento.

Levando em consideração que a maioria das crianças analisadas possuem entre 1 e 2 anos, destas 7% ingressaram em 2011, 33% em 2012 e 60% em 2013, ou seja, a maioria das crianças ingressaram em 2013. Com este dado podemos considerar que os responsáveis resolvem levar as crianças ao odontólogo pela primeira vez após completarem 1 ano de vida, isso pode ocorrer pela espera do nascimento do primeiro dente da criança, ou, pode ser também, por uma maior divulgação do programa seguida de um aumento da quantidade de vagas disponíveis nas palestras iniciais. Em um estudo realizado por Kramer et al¹⁴, afirma que essa demora ou falta pela procura de atendimento odontológico é resultado da falta de uma política de incentivo e apoio às medidas de atenção odontológica precoce, isso se dá tanto pela população quanto pelo setor.

Analisou-se o tipo de aleitamento que as crianças estavam recebendo ao ingressar no programa. Procurou-se mostrar com este dado o quanto as crianças estavam em risco com a alimentação essencial nos primeiros anos de vida (Figura 3).

O tipo de aleitamento ao ingressar no Programa – Figura 3



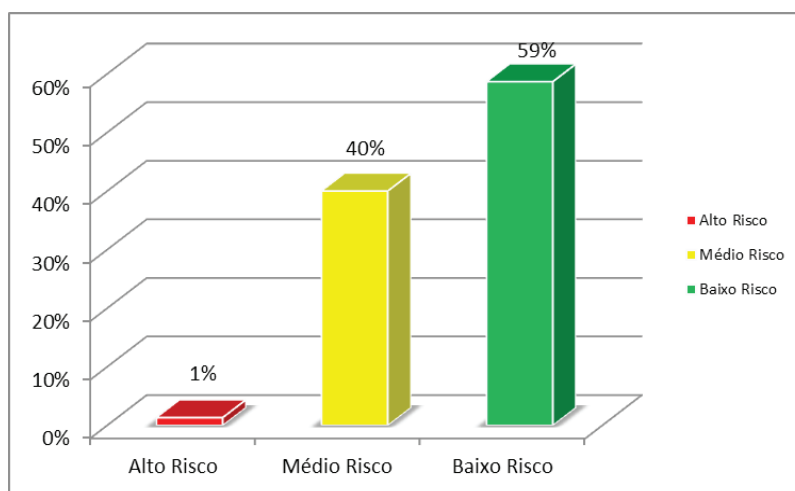
Dessa forma, verificou-se que 22 crianças (29%) recebiam aleitamento materno, 34 crianças (45%) recebiam aleitamento pela mamadeira, 14 crianças (19%) recebiam aleitamento materno e mamadeira e 5 crianças (7%) não recebiam algum tipo de aleitamento.

A partir disso, considerou-se que a maioria das crianças recebia aleitamento pela mamadeira. Isso dependendo da higienização bucal e da mamadeira pode trazer muitos riscos, conseqüentemente, a cárie precoce da primeira infância.

Vinculado ao tipo de aleitamento em que a criança recebia ao ingressar no programa, verificou-se também o grau de risco inicial, ou seja, o quanto a criança estava propícia a adquirir cárie se não houvesse nenhuma intervenção (Figura 4).

Em um estudo realizado por Moura, Moura e Toledo¹⁵, a cárie precoce da infância é a instalação da doença cárie dentária em crianças menores de três anos. Isso é considerado um problema de saúde pública, pois quando acometidos, acontece o irrompimento dos dentes e isso está associado aos hábitos alimentares nesse período, como a amamentação noturna, o alto consumo de carboidratos fermentáveis e a negligência na higiene bucal nos primeiros anos de vida. Das 75 crianças, 1 (1%) entrou em alto risco, 30 (40%) com médio risco e 44 (59%) com baixo risco. Isso é um dado positivo para o programa pois ele oferece uma palestra inicial que inclui as gestantes onde são abordadas ações de educação, promoção e prevenção na saúde bucal. Esse dado reflete que este cuidado inicial pré-programa está acontecendo de forma eficaz onde o risco da criança de adquirir cárie, considerando a maioria 99%, é reduzido com as ações preventivas oferecidas pelo programa.

Grau de Risco à cárie ao ingressar no Programa – Figura 4



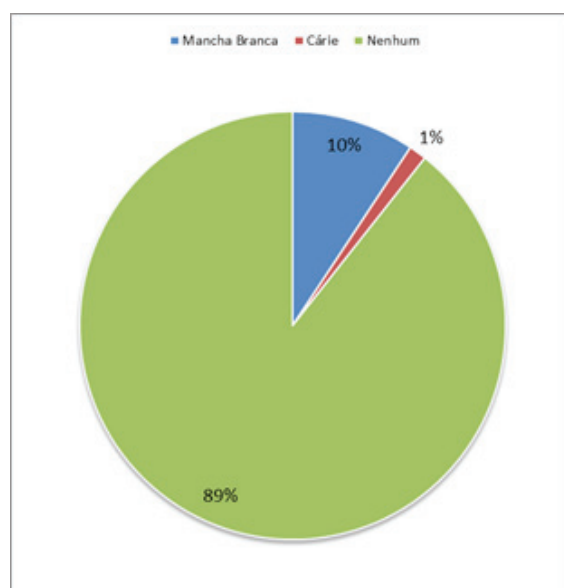
A Figura 5 mostra a proporção de crianças que apresentaram mancha branca e cárie dentária durante o acompanhamento no programa.

De acordo com os dados, 7 crianças (9%) apresentaram mancha branca, 1 criança (1%) apresentou cárie e 67 crianças (89%) apresentaram nenhum tipo de enfermidade durante o acompanhamento pelo programa. Estes dados mostram que o baixíssimo índice de cárie (1%) durante o acompanhamento no Programa é reflexo das ações e serviços oferecidos pelo mesmo e da corresponsabilidade dos responsáveis na aquisição de hábitos saudáveis.

O programa além de oferecer ações de prevenção da saúde bucal, ele também oferece ações de promoção da saúde, levando-se em conta a saúde como totalidade, indicando uma boa alimentação e recomendando aos pais estilos de vida mais saudáveis para as crianças, que também devem ser adotados por eles, prevenindo doenças de forma geral. Além disso a ação da promoção da saúde envolve o diálogo entre os atores principal, de forma que a odontopediatra escute o usuário,

compreendendo o modo social deste, melhorando os serviços oferecidos.

Figura 5 - Enfermidade bucal apresentada pela criança durante o acompanhamento pelo Programa

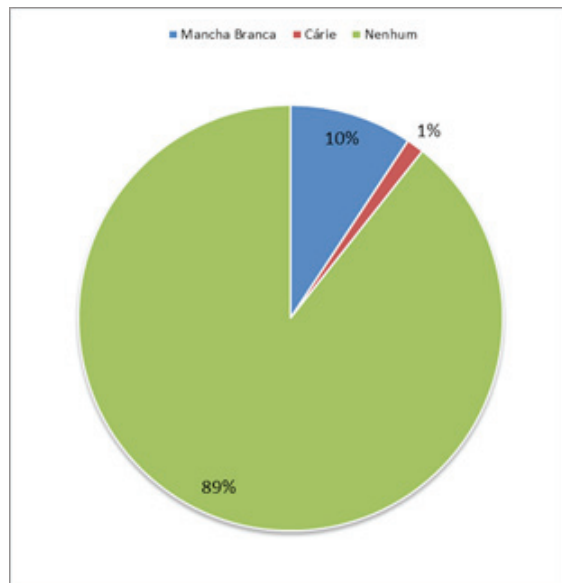


Dessa forma, pode-se afirmar que, este programa é significativo e relevante para a saúde bucal das crianças e conseguindo atingir o seu objetivo principal que é evitar a cárie precoce nas crianças.

Outro fator que pode ter contribuído para este excelente resultado pode estar relacionado com o grau de instrução dos responsáveis, onde 85% deles possuem nível de escolaridade acima do ensino médio. Em estudo realizado por Kuhn e Wambier¹⁴ com a amostra de 122 crianças com acompanhamento em programa preventivo, onde a maioria dos seus responsáveis não possuíam o ensino fundamental completo, apenas 50,2% não apresentaram nenhum tipo de enfermidade, 15% mancha branca, 9,8% apresentaram cárie incipiente, e 25% lesões cavitadas. Estes resultados mostram a importância do nível de escolaridade dos responsáveis para a manutenção da saúde bucal de seus filhos.

Após a análise da eficácia do programa, verificou-se o comprometimento dos responsáveis com este. Para que as ações do programa sejam efetivas e causar, de alguma forma, impacto positivo na saúde bucal das crianças, os responsáveis devem levá-las às consultas agendadas pelo programa.

Com isso, averiguou-se as faltas destas 75 crianças acompanhadas pelo programa de 2011 a 2013. Lembrando que os responsáveis, ao início do acompanhamento, são informados sobre as faltas (Figura 6).

Figura 6 - Frequência de faltas durante o acompanhamento.

A falta durante o acompanhamento é uma fonte negativa de compromisso por parte dos responsáveis, pois as consultas são previamente agendadas. Das crianças em acompanhamento, 10 crianças (13%) faltaram e 65 crianças (87%) não faltaram.

Esse dado, levando em consideração a maioria de 87%, indica o compromisso dos responsáveis pelas crianças, com o programa, desde a confiabilidade e a lealdade com a promoção e prevenção da saúde bucal, até a concretização dessas ações.

Conseqüentemente, todos esses dados apresentados apontam a efetividade do programa como um todo, desde a visão da gestora do programa até análise de cada prontuário, pois as ações de promoção da saúde são realizadas, as recomendações são seguidas, as enfermidades são evitadas e a educação é continuada.

CONCLUSÃO

Através da aplicação dos questionários aos responsáveis buscou-se averiguar a satisfação destes com o programa. Dessa forma, notou-se uma relação positiva entre os responsáveis e o mesmo, afirmando o que aprenderam tanto na Palestra Inicial quanto nas consultas odontológicas. Esse diálogo e essa confiança mútua se mostram muito importantes para a promoção da saúde bucal das crianças e mudança de hábitos. O resultado desta metodologia mostrou-se um forte instrumento para a tomada de decisões dos gestores em saúde.

Na análise de prontuários, observou-se a efetividade do programa, pois este conseguiu, no período de 2011 a 2013, alcançar o seu objetivo principal que é evitar a cárie precoce, em 89% das crianças.

Por meio do presente estudo foi possível concluir que, com a implantação do programa, a

relação entre a profissional de saúde, a criança e os responsáveis mostrou-se altamente integrada em todos os processos, desde a formulação das ações, passando pelo planejamento, efetivação até o monitoramento e avaliação.

O programa ‘Sorria Bombeirinho’, nos anos de 2011 a 2013, foi eficaz e eficiente por alcançar os seus objetivos principais, trazendo principalmente a satisfação dos usuários. Por sua abrangência, pertinência e pela qualidade até aqui alcançada, a continuidade do desenvolvimento do programa se faz totalmente necessária, para que fique assegurada a qualidade da saúde bucal das crianças, contribuindo com a educação, promoção e prevenção da saúde, aumentando então a qualidade de vida destas pessoas.

É importante destacar que com este estudo detectamos que as ações na área de saúde não podem ser realizadas de forma isolada e vertical, há necessidade do envolvimento dos usuários. Com isso, esta pesquisa expressa a grande importância da participação dos responsáveis de crianças no processo de promoção, prevenção e educação na saúde bucal. Estes foram elementos fundamentais na comunicação entre os atores e, conseqüentemente, nos resultados positivos.

Espera-se que este trabalho contribua para chamar a atenção sobre a importância da análise da observação do gestor com a satisfação dos usuários nos serviços de saúde. E este sirva de incentivo para o desenvolvimento de outros estudos que possam cada vez mais subsidiar os gestores de sistemas de saúde nos processos de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS. Set. 1978.

² Brasil. Constituição Da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 68/2011 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, Título VIII, Capítulo II, Seção II. 2012.

³ Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(Suppl): s9-s19.

⁴ Lucena EHG, Júnior GAP, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva – Saúde Bucal. v. 5. n. 3. 2011. P 53-63.

⁵ Alencar AHT, Pereira MC, Moura S. O Planejamento em Saúde e a Programação governamental da Atenção Preventiva em Saúde Bucal no Distrito Federal. O caso dos Programas: PISE (FEDF); CÁRIE ZERO (FHDF); SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA (UNB). 1997. 368 f. Monografia (Especialização em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

⁶ Brasil. Governo do Distrito Federal. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Histórico. Disponível em: <<https://www.cbm.df.gov.br/institucional/institucional/historico>>. Acesso em 24 maio. 2013.

⁷ Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12086.htm>. Acesso em: 27 maio. 2013.

⁸ Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12086.htm>. Acesso em: 27 maio. 2013.

⁹ Pinto VG. Programação em Saúde Bucal. In: Saúde Bucal Coletiva. 5ª ed. São Paulo: Santos Editora. 2008. p. 122.

¹⁰ Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 13, n. 3, Set. 2004.

¹¹ Fadel CB, Saliba NA, Moimaz SAS. Relação materno-infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para a odontologia. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, v. 44, n. 3, Jul/Set. 2008.

¹² Lima YBO, Cury JA. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 6, dez. 2001.

¹³ Kuhn E, Wambier DS. Incidência de Lesões de Cárie em Bebês Após 15 Meses de um Programa Educativo-Preventivo. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 75-81, jan./abr. 2007.

¹⁴ Kramer PF, *et al.* Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008.

¹⁵ Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007.

Artigo apresentado em 03-02-14

Artigo aprovado em 11-07-14

Artigo publicado no sistema em 29-12-14