

**ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA – UNASUS/UNIFESP**

**ATENÇÃO ODONTOLÓGICA MATERNO-INFANTIL: UMA
ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO EM SAÚDE.**

CAMILA FERNANDES CANTAGALLO

ORIENTADORA: RENATA JUNQUEIRA MOSTERIO

PORANGABA, 26 DE JANEIRO DE 2015.

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Objetivos	5
2.1. Geral.....	5
2.2. Específico(s).....	5
3. Metodologia	6
3.1. Cenário da intervenção.....	6
3.2. Sujeitos da intervenção.....	6
3.3. Estratégias e ações.....	6
3.4. Avaliação e Monitoramento.....	8
4. Resultados Esperados	9
5. Cronograma	10
6. Referências Bibliográficas	11

1.INTRODUÇÃO

A saúde bucal depende basicamente de ações preventivas como uma boa higienização e visitas profiláticas periódicas ao dentista. Para a população de baixa renda, entretanto, faltam informações básicas e oportunidade para adquiri-las. Por isto, ações de educação em saúde devem ter início o mais cedo possível, para que hábitos saudáveis de alimentação e higiene bucal sejam cultivados. O pré-natal é o momento ideal para educar, pois neste período a mulher está receptiva a informações que poderão melhorar sua saúde e a de seu bebê (FERNANDES et al., 2014). A orientação durante o período gestacional proporciona uma conscientização e fixação de conhecimentos por parte dos pais a respeito da saúde bucal do seu filho, assim sugerindo investimentos de programas continuados de promoção da saúde bucal após o nascimento para ratificar e incentivar a manutenção de alterações de condutas relacionadas à saúde (TABOSA, 2010).

Os processos de educação em saúde devem levar a um novo significado do conceito de saúde bucal e suas implicações entre as gestantes, possibilitando uma melhor motivação para a mudança de hábitos cotidianos, autocuidado e procura preventiva por atenção odontológica, de forma cotidiana (CORREIA et AL., 2011).

MASSONI et al., (2009) através de um trabalho que foi desenvolvido com o propósito de verificar o nível de conhecimento de gestantes quanto aos cuidados com a saúde bucal dos bebês, constatou que as participantes apresentaram conhecimento razoável, e que programas educativos são fundamentais para higiene bucal das futuras mães e de seus filhos.

Observou-se na Unidade de Saúde da Família I no município de Porangaba-SP, a ausência de programas de promoção e prevenção de saúde bucal para gestantes e bebês, como atividades coletivas, palestras, formação de grupos e acompanhamento dos bebês ao longo do tempo. São realizados apenas tratamentos curativos em gestantes e há uma baixa adesão por parte destas, por conta de mitos não esclarecidos sobre o atendimento odontológico na gravidez. Há uma necessidade de mudar esta realidade, diminuir tratamentos curativos e aumentar tratamentos preventivos, introduzindo uma estratégia de ação longitudinal que melhore a qualidade de vida da população, começando a partir da gestação, focando em ações que promovam a saúde bucal materno-infantil.

De acordo com o Caderno de Condições de Saúde Bucal (2002-2003) lançado pelo Ministério da Saúde, foi possível constatar que há um declínio da cárie dentária em crianças, mas está ocorrendo de maneira desigual, sendo predominante em classe social alta. Este caderno relata ainda que a perda dentária precoce e a necessidade de algum tipo de prótese começam a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade e o edentulismo continua sendo um grave problema no Brasil.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Programa Brasil Sorridente (2004), que visa uma série de medidas para garantir promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, lançada pelo Ministério da Saúde, determinam que a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser direcionada a uma consulta odontológica e um trabalho em equipe interdisciplinar deve ser realizado. Consideram que a mãe tem papel fundamental como formadora de bons hábitos, fundamentais para a saúde da criança. O ingresso das crianças em programas de

saúde bucal deve ser feito no máximo até os 6 meses de vida. Estipulam que devem ser realizadas ações coletivas e individuais de promoção, prevenção e restauração.

CATARIN et al. (2008), em um trabalho onde 102 gestantes foram entrevistadas em quatro Unidades Básicas de Saúde da área urbana de Londrina-PR, concluiu que grande parte destas não receberam orientação sobre cuidados com sua saúde oral e de seu bebê. Sugerem a necessidade que os serviços básicos de atenção à saúde busquem alternativas que visem a um melhor atendimento à saúde de gestantes.

Os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças deverão considerar a mulher como uma formadora de opinião no núcleo familiar, e que seus conceitos em relação à saúde e doença serão adotados por seus filhos. A gestante com bons hábitos de higiene bucal os transmitirá para os filhos (MELO et al., 2007). O maior desafio que se apresentará então será manter a motivação das mães permanentemente viva após o nascimento dos bebês, em meio às dificuldades da vida cotidiana e dos cuidados diários com os filhos, para que cresçam com sua saúde assistida. Neste sentido, a criação do vínculo dentista-gestante, no momento inicial da gestação é primordial, pois poderá ser substituído pelo vínculo dentista-mãe-bebê num segundo momento e posteriormente, dentista-criança, dentista-adulto/gestante, conformando um círculo de saúde que recomeça a cada nova geração, estendendo seus benefícios a todos (FINKLER et al., 2004).

O enfoque da educação em saúde e da integralidade precisa contribuir para a extinção de mitos que permeiam a gestação e o atendimento odontológico (PRESTES et al., 2013). É importante que as pessoas sejam informadas sobre as causas e consequências das doenças para que possam delas se prevenir, uma vez que a prevenção primária, sem dúvida, possui um grande potencial no controle e na redução das doenças bucais. É preciso que os pais tenham consciência de que a melhor maneira de educar seus filhos é pela imitação e de que educar é dar exemplo de hábitos saudáveis (REIS et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada por PELEGRINI (2012), que avalia o efeito de um programa de orientação em prevenção odontológica com ênfase na higienização bucal, concluiu-se que uma simples palestra educativa constitui uma medida de baixo custo que pode ser útil à saúde bucal materno-infantil.

LEMOS et al.(2014), através da análise da interferência da idade de ingresso em programas públicos de odontologia para crianças e dos aspectos comportamentais familiares sobre a experiência com cárie dentária, pôde constatar que para promover saúde oral infantil deve-se introduzi-las precocemente em programas de saúde, bem como orientações de hábitos saudáveis e garantir a adesão de seus responsáveis.

2.OBJETIVOS

2.1 GERAL

O objetivo do presente trabalho é implantar uma estratégia permanente de promoção e prevenção em saúde bucal materno-infantil para Unidade de Saúde da Família I do município de Porangaba-SP, com foco na educação em saúde.

2.2 ESPECÍFICO

Introduzir as gestantes em grupos de apoio, atividades coletivas e tratamentos curativos, bem como posteriormente seus filhos, para acompanhamento desde o nascimento e durante toda sua infância.

3.METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

A intervenção se dará no espaço da Unidade de Saúde da Família I do município de Porangaba-SP. Levantamentos epidemiológicos serão realizados na Creche e Escola Municipal, realizando o exame clínico apenas em crianças cadastradas na presente unidade. Essa medida servirá para comparar resultados no futuro e avaliar se houve ou não melhora na saúde bucal infantil após a implantação do projeto.

3.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

O público alvo deste projeto serão gestantes, e posteriormente seus filhos. Todos os participantes deverão ser cadastrados na Unidade de Saúde da Família I de Porangaba-SP.

3.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES

O projeto deverá ser iniciado com um levantamento epidemiológico, realizado pelo cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal na creche e escola municipal com crianças cadastradas na presente unidade, de 5 e 12 anos, buscando a compreensão da realidade de saúde bucal infantil para comparações futuras com resultados obtidos após a sua implantação, em longo prazo. É importante avaliar as crianças dessa faixa etária pelo fato de que com 5 e 12 anos estarão completas as dentições decídua e permanente, respectivamente. O cirurgião-dentista e a auxiliar de saúde bucal deverão também realizar um levantamento dos prontuários de crianças de 0 a 12 meses e número de gestantes atendidas no ano de 2013, com o objetivo de avaliar frequência e faltas na consulta odontológica. Caso necessário, a equipe de enfermagem e auxiliar administrativo deverão ajudar no levantamento dos dados, que devem ser avaliados e armazenados em local seguro.

Na Unidade de Saúde, as gestantes deverão ser convidadas a participar do projeto e então devidamente cadastradas para acompanhamento e monitoramento. O convite deverá ser feito através de palestra realizada pelo cirurgião-dentista na própria sala de espera da unidade, nos dias em que estas gestantes estiverem agendadas para consulta médica. O cirurgião-dentista então deverá organizar sua agenda e um espaço na unidade de saúde para realização de grupos de apoio, atividades coletivas de higienização supervisionada e atendimento curativo às gestantes. Os grupos de apoio serão realizados em dois momentos da gestação: primeiro trimestre, onde serão ministradas orientações sobre sua saúde bucal e a importância para o bebê; terceiro trimestre, onde serão fornecidas apenas informações sobre cuidados com a saúde do bebê. No grupo do primeiro trimestre, será realizada atividade coletiva de higienização supervisionada, com o fornecimento de escovas, pastas e fios dentais e primeira avaliação sobre as condições de saúde bucal de cada gestante. Os dois grupos receberão folhetos explicativos sobre saúde bucal para leitura em casa, caso fiquem com alguma dúvida. Observando a necessidade, o cirurgião-dentista deverá agendar consulta para tratamento curativo específico. Os grupos, atividades e consultas deverão ser vinculadas a consulta médica, para garantir a adesão das gestantes no projeto. O

dia de tratamento odontológico reservado às gestantes deverá ser o mesmo da consulta médica e a equipe de enfermagem deverá ser orientada a fazer agendamento conjunto, ou seja, a gestante passará em consulta médica e odontológica no mesmo período.

Em um trabalho realizado por LEMOS et al., sobre promoção de saúde bucal na primeira infância, encontrou-se associação entre a idade do ingresso nos programas de prevenção e cárie dentária, sendo menor a prevalência de cárie em crianças onde as mães ingressaram no programa durante a gestação. Concluíram que para promover saúde oral infantil é essencial o ingresso ao programa e adoção de hábitos saudáveis de maneira precoce, além da adesão às orientações por seus responsáveis.

Após o nascimento destas crianças, uma visita domiciliar deverá ser realizada pelo cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal para o cadastro destas no projeto, bem como primeira consulta odontológica, para verificar se há algum problema, se a mãe está realizando a higienização de maneira correta e solucionar dúvidas. Os pais deverão assinar um termo de consentimento livre e esclarecido para participação no projeto, estando cientes de suas responsabilidades e deveres. Tudo deverá ser anotado na ficha de interrogatório e anamnese, que será diferenciada para os participantes do programa, e será anexada ao prontuário do usuário. As próximas consultas com o cirurgião-dentista deverão ser realizadas a cada três meses até o primeiro ano de vida. Um período na semana será reservado na agenda apenas para atendimento das crianças cadastradas no projeto e durante este período serão realizados grupos e palestras sobre saúde bucal com as crianças maiores ao longo do tempo. Posteriormente, as consultas deverão ser realizadas a cada seis meses, ou antes, caso haja uma necessidade de acompanhamento. Estas consultas deverão ser vinculadas à carteira de vacina até os 12 meses para garantir participação. A auxiliar de saúde bucal será responsável por agendar a consulta odontológica e a vacina no mesmo dia. Um trabalho que avaliou o controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina constatou que é uma solução viável, que pode ser amplamente resolutive, diante da possibilidade de intervenção precoce (Stocco,G et al.). Posteriormente, as consultas deverão ser vinculadas a consulta médica, ou seja, no dia reservado ao atendimento médico às crianças, o cirurgião-dentista reservará o mesmo período para atendê-las. A equipe de enfermagem deverá ser orientada a realizar o agendamento conjunto.

A mãe deverá ser responsabilizada por orientar a dieta e pela higienização bucal do filho até perceber que este seja capaz de realizá-la sem supervisão. A partir do momento que a criança demonstrar habilidade para higienização bucal sem ajuda, atividades de escovação supervisionada devem ser realizadas no consultório, com registro no prontuário. No caso de famílias carentes, os produtos de higiene bucal deverão ser fornecidos a todos os membros.

As crianças cadastradas serão acompanhadas até os 12 anos de idade, fase esta que a dentição permanente está praticamente completa. A partir de então, receberão alta do projeto e os pais ficarão responsáveis por seu cuidado e por levá-las ao dentista ao menos uma vez por ano para manutenção da saúde bucal ou sempre que houver necessidade.

3.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A avaliação e monitoramento do projeto deverão ser realizados quando as crianças completarem 1 ano de vida. Deverá ser realizado um levantamento de dados através dos prontuários das crianças cadastradas neste projeto em 2014, avaliando a porcentagem de participantes, problemas odontológicos e adesão dos pais ao projeto. Estes dados serão comparados e analisados estatisticamente aos dados do levantamento inicial de prontuários de 2013, realizado no início deste projeto para avaliar se o programa está correspondendo às expectativas, se é eficaz ou necessita de modificações.

A avaliação da porcentagem de adesão das gestantes também deverá ser realizada após 1 ano da implantação do programa e comparada a pesquisa inicial de 2013, através dos prontuários, para verificar se atingimos a maioria destas gestantes ou novas estratégias devem ser adotadas para conscientizá-las da importância deste projeto.

Em longo prazo, um novo levantamento epidemiológico deverá ser realizado na Creche e Escola Municipal com as crianças de 5 e 12 anos para comparação aos dados iniciais que foram coletados no mesmo local, e avaliar o sucesso do projeto e se há uma melhoria nas condições de saúde bucal infantil.

4. RESULTADOS ESPERADOS

As mães são formadoras de opinião em ambiente familiar. No período gestacional, estas geralmente se encontram receptivas e demonstram preocupação com a saúde de seus bebês, portanto espera-se com este programa estimulá-las a adoção de hábitos saudáveis com sua própria saúde bucal para que assim possam transmitir a seus filhos.

Outro fator importante deste projeto consiste em diminuir a resistência ao atendimento odontológico por parte das crianças, acostumando-as desde pequenas a visitar o cirurgião-dentista.

Espera-se evitar problemas odontológicos logo na primeira infância, com resultados em curto e longo prazo, diminuindo a quantidade de pacientes com cáries, problemas periodontais, má higienização bucal e perda de elementos dentários. Com isso, podemos prevenir o edentulismo, contribuindo assim para mudar a realidade não apenas do município, mas também do Brasil. Espera-se ainda diminuir a quantidade de tratamentos curativos e focar na educação em saúde como estratégia de prevenção.

5. CRONOGRAMA

Atividades	2014												2015	
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F
Elaboração do projeto	X													
Aprovação do projeto	X													
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta e Análise de dados		X												
Cadastro e atividades com gestantes e recém-nascidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta e análise de dados após implantação do projeto													X	
Revisão final e digitação													X	
Entrega do trabalho final														X

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.: Série C. Projetos, Programas e Relatórios. [citado 2012 Set 02]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb2004.pdf

Catarin RFZ, Andrade SM, Iwakura MLH. Conhecimentos, prática e acesso a atenção à saúde bucal durante a gravidez. Revista Espaço para a Saúde, Londrina. 2008 Dez;10(1):16-24.

Correia SMB, Silveira JLC. Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e Gestantes. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2011 Jul/Set:11(3):347-55.

Fernandes RAQ, Narchi NZ. Saúde bucal de gestantes de uma comunidade carente do município de São Paulo: problemas percebidos e acesso a tratamento. Online Brazilian Journal of Nursing. 2008; 7(2). Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2008.1497/381>

Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações com gestantes. Texto Contexto Enferm. 2004. Jul/Set:13(3):360-8.

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

Massoni ACLT, Ferreira JMS, Medeiros e Silva FDSC, Carvalho LFPC, Duarte RC. Conhecimento de Gestantes sobre a Saúde Bucal dos Bebês. R bras ci Saúde. 2009.13(1):41-47.

Melo NSFO, Ronchi R, Mendes CS, Mazza VA. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. Cogitare Enferm.. 2007. Abr/Jun; 12(2):189-97.

Pelegri PB. Educação em saúde bucal como instrumento de promoção de saúde bucal materno-infantil. Dissertação apresentada à Universidade de Santo Amaro para obtenção do título de mestre em Saúde Materno-Infantil. 2012.

Prestes ACG, Martins AB, Neves M, Mayer RTR. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. RFO, Passo Fundo. 2013. jan/abr;18(1):112-119.

Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010. 15(1):269-276.

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). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011. 16(4):2311-2321.

Tabosa FL. Educação em Saúde: contribuições à saúde bucal do binômio mãe-filho. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife. 2010.