

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

NATÁLIA DURÃES DE ALMEIDA ARAÚJO

Organização de um programa de Educação em
Saúde Bucal para crianças da Escolinha
Municipal Branca de Neve do Município de
Santo Antônio do Retiro-MG

Araçuaí /Minas Gerais

2010

NATÁLIA DURÃES DE ALMEIDA ARAÚJO

**Organização de um programa de Educação em
Saúde Bucal para crianças da Escolinha
Municipal Branca de Neve do Município de
Santo Antônio do Retiro-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Egléa Maria da Cunha Melo

Araçuaí /Minas Gerais

2010

NATÁLIA DURÃES DE ALMEIDA ARAÚJO

**Organização de um programa de Educação em
Saúde Bucal para crianças da Escolinha Municipal
Branca de Neve do Município de Santo Antônio do
Retiro-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Egléa Maria da Cunha Melo
Banca examinadora: Edson José Côrrea
Egléa Maria da Cunha Melo
Aprovada em Belo Horizonte em 5 de Junho 2010

Araçuaí /Minas Gerais

2010

Agradecimento

Ao município de Santo Antônio do Retiro-MG, que me possibilitou a inserção neste
Curso de Especialização.

À Equipe de Saúde do PSF Santo Antônio, que colaborou na busca do conhecimento
e informação.

Aos meus familiares, meu marido e amigos, que sempre incentivaram minha
capacitação.

Resumo

Este trabalho apresenta descrições e análises das intervenções de um programa de educação em saúde bucal na Escolinha Branca de Neve, em Santo Antônio do Retiro MG. O objetivo foi organizar a assistência em saúde bucal das crianças até cinco anos, promover saúde prevenindo as lesões de cárie e perda precoce dos dentes decíduos. Realizou-se um levantamento das condições de saúde bucal das crianças de quatro e cinco anos, orientações e questionamentos com as mães ou responsáveis sobre a percepção sobre saúde-doença bucal, a visão que os pais têm da presença ou ausência de cárie dentária em seus filhos, sua compreensão sobre a causalidade da cárie. Foram realizadas ações de evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, vídeos, desenhos e demonstração com macromodelos. Os resultados mostraram que antes da intervenção a maioria das crianças escovavam os dentes uma vez ao dia e sem a supervisão dos pais e que mais de 50% das crianças apresentaram dentes cariados, obturados ou extraídos. A orientação às mães atingiu o objetivo de esclarecimento e, acredita-se, alguns recursos didáticos visuais utilizados para abordar os temas ajudaram na aproximação da intervenção, sendo esta mais efetiva. As mães mostraram-se preocupadas com a situação de saúde de seus filhos e receptivas aos aconselhamentos e encaminhamentos recebidos. Espera-se que as informações obtidas possam ser utilizadas no planejamento de ações e programas de intervenção, por meio de medidas que atendam às mães e às educadoras que são, efetivamente, as responsáveis pelo cuidado das crianças, o que implica na melhoria ou não das suas condições de saúde. Palavras-chave: saúde da família, saúde bucal, odontologia preventiva, odontologia pediátrica, educação em saúde bucal

Abstract

This paper presents descriptions and analysis of interventions of an education program on oral health in School Snow White, in Santo Antônio do Retiro Minas Gerais. The goal was to organize the oral health care of children up to five years to promote health by preventing lesions from dental caries and early loss of deciduous teeth. We conducted a survey of oral health status of children of four and five years, guidelines and questions to the parents about the perception of health-disease process, the view that parents have the presence or absence of dental caries in their children, their understanding of causation of caries. Actions were performed disclosing plaque, tooth brushing, videos, drawings and demonstration macromodels. The results showed that before the intervention the majority of children brushed their teeth once a day and without parental supervision, and more than 50% of children had decayed, filled or extracted. The guidance to mothers reached the goal of enlightenment and it is believed, some visual teaching resources used to address the issues helped in bringing the action, which was most effective. Mothers were concerned with the health status of their children and receptive to advice and referrals received. It is hoped that the information obtained can be used in action planning and intervention programs, through measures that meet the mothers and educators who are effectively responsible for the care of children, causing an improvement or not the their health conditions.

Key-words: family health, oral health, preventive dentistry, pediatric dentistry, dental health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS: Agente Comunitário de Saúde
- ceo-d: dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
- CPO-D: dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
- ESF: Estratégia de Saúde da Família
- LDB: Lei de diretrizes e bases
- LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEC: Ministério da Educação e Cultural
- MEDLINE: base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine – Estados Unidos
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- PSF: Programa de Saúde da Família
- SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS: Sistema Único de Saúde
- UBS: Unidades Básicas de Saúde
- UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIG 01** – Mapa Geográfico do município de Santo Antônio do Retiro ilustrando a divisão territorial das três equipes de PSF, a localização das UAPS e seus tipos.....19
- Quadro 1** – Equipe de Saúde da Família do PSF Santo Antônio do município Santo Antônio do Retiro, 2009.....17
- Quadro 2** – Hábitos de higiene bucal expressos como número de escovações por dia, escovação individual ou supervisionada e uso coletivo ou individual da escova, antes e depois da orientação pela dentista.....32

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	08
2- OBJETIVOS.....	11
3- METODOLOGIA.....	12
4- O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	14
5- O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DO RETIRO.....	16
6- SAÚDE BUCAL.....	20
6.1- A educação em saúde	20
6.2- Saúde bucal do bebê até a idade de dois anos.....	20
6.3- Saúde bucal da criança de dois a cinco anos.....	20
6.4- Índice ceo e CPOD.....	21
6.5- Cárie dentária.....	23
7- PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	25
7.1- A complexidade do processo de mudança de hábito.....	25
7.2- O respeito à individualidade e a contextualização nas diversas realidades.....	26
7.3- Os níveis de abordagem do processo de educação.....	26
8- A EDUCAÇÃO INFANTIL NO BRASIL.....	27
8.1- Lei de diretrizes e bases da educação nacional – 1996.....	29
9- AVALIAÇÃO SOBRE O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE BUCAL NA CRECHE.....	32
10- CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	36
11- REFERÊNCIAS.....	37

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A necessidade de integração entre o sistema educacional e o sistema de saúde se faz necessário quando abordamos o cuidado com as crianças na educação infantil. A dicotomia entre o cuidar e o educar constitui tema superado do ponto de vista teórico embora ainda presente em muitas instituições. (FOREST E WEISSE, 2004; VITTA e EMMEL, 2004; CARDOSO, 2006).

Segundo Basílio e Kramer (2003) é fundamental que se articule ações pedagógicas integrando o cuidar e educar. O autor enfatiza a intrínseca relação entre as ações sob o argumento de que a Educação Infantil não pode ser compreendida como uma instância de aprendizagem que só instrui, também não pode ser um lugar apenas de guarda e proteção. Assim qualquer trabalho dirigido ao cuidado na educação infantil deverá levar em conta a necessidade de integração dos dois sistemas. Ao se propor ações para serem desenvolvidas nas escolas de educação infantil visando à melhoria da saúde das crianças, é necessário ter em mente qual conceito de saúde está sendo trabalhado.

O conceito de saúde pode variar segundo perspectivas diferentes. Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946), saúde é um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição permite a afirmação de que um indivíduo, mesmo não apresentando qualquer alteração orgânica, para ser considerado saudável precisa viver com qualidade ou ter qualidade de vida. Portanto, com base nesse conceito, a mensuração da saúde não pode restringir-se à ausência de doenças ou agravos e deve contemplar medidas que avaliem a percepção da saúde do indivíduo. *É importante considerar outras dimensões que não só a presença de doenças e agravos quando se avalia a saúde* (CASTRO, 2008).

A relação entre sistema de saúde e sistema educacional deve ser trabalhada quando se pensa em desenvolver ações de promoção de saúde nas instituições de ensino. As escolas de educação infantil demandam com frequência consultas ao serviço de saúde diante de doenças nas crianças, mas, quase sempre a vigilância a saúde é pouco lembrada. Se ações de prevenção e vigilância a saúde são excipientes nas escolas, as ações para promoção da saúde bucal só passaram a existir nos últimos anos.

O cuidado com a boca e a necessidade de se alcançar metas estabelecidas (FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE - 1982) faz parte de propostas estabelecidas para a saúde bucal.

Apesar, dos determinantes das doenças bucais serem bem conhecidos e de existirem métodos efetivos para sua prevenção, as doenças bucais são consideradas problemas de saúde pública devido a prevalência e impacto que estas podem causar nos indivíduos e na sociedade.

A educação em saúde bucal é muito importante dentro da promoção à saúde e deve ser universalizada para toda a população da área de abrangência, utilizando-se estratégias diversas de acordo com a realidade local. Problemas bucais podem causar dor, infecção, dificuldade em falar ou mastigar, limites na alimentação, ausência da escola e uma aparência ruim. Esses podem influenciar na saúde geral, nos estudos, no trabalho, na vida social e na qualidade de vida. A falta de acesso aos meios para manter a saúde bucal pode significar um processo de exclusão social (MINAS GERAIS, 2007).

Uma análise dos dados colhidos em Minas Gerais em 2003 permitiu evidenciar os problemas a enfrentar na construção de uma proposta de melhoria da saúde bucal das crianças. O trabalho mostrou que em relação à cárie dentária, quase 22% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo comprometido por cárie, sendo que aos cinco anos essa proporção aumentou para 52,3%. O índice CPOD (cariados, perdidos e obturados em dentes permanentes) aos 12 anos foi de 2,01; nos adolescentes (15 a 19 anos) foi de 5,90; nos adultos (35 a 44 anos) foi de 20,78 e nos idosos (65 a 74 anos) foi de 29,19 (MINAS GERAIS, 2007).

Recomenda-se ações com grupos prioritários, por exemplo, os pré-escolares e escolares. *A facilidade de interação com o setor de educação possibilita trabalhar o conteúdo educativo de forma transversal no currículo escolar e oferece oportunidade de intervenção em um momento em que os hábitos estão sendo formados.* (MINAS GERAIS, 2007).

A intervenção em saúde com crianças pequenas, coloca outros atores no cenário do cuidado e da educação, pois, os resultados só serão satisfatórios se as educadoras e os cuidadores (geralmente a mãe) forem sensibilizados e mobilizados.

Segundo Bardal et al (2006) a família é um dos contextos mais importantes da realidade de uma criança, pois é através dela que a criança é apresentada ao mundo ao seu redor. Para os autores, quando se desenvolve um programa educativo-preventivo, é fundamental que a família seja envolvida.

Como as crianças passam grande parte do dia na escola de educação infantil, é importante promover situações significativas, nas quais, família e profissionais da escola cooperam para conseguir resultados positivos.

Os avanços no conhecimento, em relação aos problemas de saúde bucal, ao focar somente nos aspectos biológicos, não contribui para avanços nos resultados, pois, deixa de lado as interferências que os comportamentos sociais podem ocasionar. Ao mesmo tempo, conhecer as causas biológicas das doenças permite propor mecanismos de prevenção, como a utilização do flúor e remoção da placa (BARDAL et al, 2006).

A cárie dentária é uma doença multifatorial que está apresentando tendência mundial de declínio. Os níveis de cárie podem ser reduzidos com diminuição do consumo de sacarose, controle de microorganismos específicos, melhora nas condições sócio-econômicas, acesso aos serviços odontológicos e mudanças de hábitos. Sabe-se que a falta de informação sobre as causas da cárie e problemas de acesso da população aos serviços odontológicos, pode ser um agravante direto para o aumento da prevalência da doença cárie.

O presente trabalho é um relato e análise de uma intervenção desenvolvida em uma escolinha municipal infantil, no município de Santo Antônio do Retiro (MG) como parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Procurou-se compreender a importância dos profissionais da instituição de educação infantil e dos familiares para o desenvolvimento de ações que visam o cuidar e o educar na saúde bucal. O trabalho registra descrições e análises de um programa de educação em saúde que tem como objetivo organizar a assistência em saúde bucal das crianças até cinco anos, da Escolinha Branca de Neve. O programa objetiva promover saúde prevenindo as lesões de cárie e diminuindo o índice ceo (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados) nessa faixa etária. É uma tentativa de trabalho conjunto envolvendo profissionais da Saúde da Família e dos profissionais da Escolinha.

A organização de um programa de Educação em Saúde Bucal na escola deverá prevenir agravos e promover a saúde, em um momento importante onde a consciência do hábito do autocuidado pode ser formado para ser colocado em prática por todos os períodos da

vida. Com isso, espera-se interferir positivamente no futuro cenário epidemiológico dos problemas bucais do município. Uma vez que o programa poderá servir de modelo e vir a ser desenvolvido em outras Escolas.

OBJETIVOS DO TRABALHO

OBJETIVO GERAL

Estabelecer as bases para um programa de educação em saúde bucal para crianças até cinco anos da Escolinha Municipal Branca de Neve no Município de Santo Antônio do Retiro (MG), com foco na prevenção de lesões cárias e perdas dentárias precoces.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o levantamento epidemiológico das crianças da escolinha;
- Verificar o número de crianças com alto índice de cárie;
- Analisar as causas das lesões cárias nas crianças;
- Estabelecer alguns parâmetros para saúde bucal das crianças;

METODOLOGIA

A primeira etapa do trabalho constou de uma busca nas bases de dados bibliográficos LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine – Estados Unidos), usando-se os descritores: saúde da família, saúde bucal, odontologia preventiva, odontologia pediátrica, educação em saúde bucal, com o intuito de orientar o trabalho.

A segunda etapa consistiu na avaliação de levantamento realizado pelo serviço para planejar intervenção na Creche Municipal.

O trabalho baseou-se numa perspectiva metodológica participante utilizando a pesquisa qualitativa. Para Queiroz, Souza e Vieira (2007) na pesquisa participante o pesquisador não está apenas vendo o que está acontecendo, mas observando com olho treinado em busca de acontecimentos específicos. O pesquisador observa atentamente aplicando os sentidos a um objeto para dele adquirir um conhecimento preciso.

À medida que a aluna responsável por este trabalho se aproximou do problema, ficou evidente que seria importante uma análise crítica dos fatores de risco da cárie em escolares, sendo muito importante, conhecer o nível de conhecimento sobre os cuidados bucais das pessoas envolvidas no cuidado das crianças e como é feito o acesso dessas aos cuidados odontológicos. Essa perspectiva permite o empoderamento de grupos, pessoas e organizações, pois a participação ativa modifica o ambiente comunitário ao impulsionar a elaboração participativa de novas normas de comportamento, importantes para atingir melhores metas de saúde e bem-estar social. Os professores e os pais participaram do processo de educação em saúde.

Seleção dos participantes da pesquisa

A Escolinha Branca de Neve recebia crianças de três a cinco anos e a partir de 2009 passou a matricular apenas crianças com idades de quatro e cinco anos. Em 2009 haviam 89 crianças matriculadas, 50 crianças de quatro e cinco anos de idade foram selecionadas aleatoriamente a participar do estudo, juntamente com seus pais.

Realização das entrevistas com os pais

Segundo Fontanella, Campos e Turato (2006) “abordar o indivíduo através de entrevista não diretiva implica em intervir cuidadosamente para se obter o máximo em profundidade sobre seus pontos de vista”.

Boni e Quaresma (2005) sugerem nas entrevistas um conjunto de questões previamente definidas, mas chamam atenção para que o entrevistador precisa ter a preocupação de possibilitar uma conversa informal para tirar do entrevistado o que ele pensa sobre o assunto de interesse.

As entrevistas foram realizadas individualmente, como uma conversa informal, com roteiro semi-estruturado, tendo por foco a percepção sobre saúde-doença bucal, qual é a visão que os pais têm da presença ou ausência de cárie dentária em seus filhos, sua compreensão sobre a causalidade da cárie e algumas características do cuidado e do olhar do entrevistado em direção ao objeto "boca da criança". Os pais foram indagados com as seguintes questões:

- O que você acha que causa a cárie?
- Você acha que a cárie é uma doença?
- Você acha que seu filho tem cárie?
- A boca de seu filho está saudável?
- Quantas vezes seu filho escova os dentes por dia?
- Você acompanha seu filho durante a escovação? Quantas vezes por dia?
- Como é a alimentação do seu filho?

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil enfrenta inúmeros dilemas. Para compreendê-los é preciso recuperar o significado do Sistema Único de Saúde, como resultado histórico do movimento de Reforma Sanitária Brasileira. O PSF foi anunciado como uma proposição estratégico-operativa que busca dar corpo à inteligência sanitária do SUS.

O Programa Saúde da Família (PSF) tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa alavancador da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Tem como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e é centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação. Baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido (SOUZA e RONCALLI, 2007; TRAD e BASTOS, 1998).

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (SOUZA e RONCALLI, 2007).

O cumprimento dos princípios do SUS, como a universalidade e equidade, requer das equipes de saúde bucal o conhecimento de sua realidade local, da sua comunidade adstrita. Daí a necessidade de organizar as ações valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada. Quando os serviços conseguirem se apropriar dessa tecnologia e compartilharem com a comunidade as suas prioridades, todos se beneficiarão, pondo-se em prática dois princípios do SUS, a equidade e o controle social (SILVEIRA FILHO, 2002).

A incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família aconteceu somente em 2000 quando o Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº.

1.444 (BRASIL, 2000) o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF.

O aumento do incentivo financeiro, concedido pelo Ministério da Saúde, para a saúde bucal no PSF nesses últimos anos é reflexo da sua relevância no novo momento político do Brasil. A atual Política Nacional de Saúde Bucal tem como um de seus pressupostos, do ponto de vista assistencial, a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica através do PSF. Mesmo com a promessa de reorganização das ações na atenção básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, impulsionada pelo próprio Ministério da Saúde, isso não implica, necessariamente, uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal (SOUZA e RONCALLI, 2007), daí a necessidade de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal no PSF.

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO RETIRO

O município Santo Antônio do Retiro oferece apenas a Atenção Primária, que é a porta de entrada para os serviços de saúde, sendo que os casos de Média Complexidade são encaminhados para a sede da microrregional (Taiobeiras) ou para o município de Monte Azul, e os casos de Alta Complexidade são encaminhados para a sede da macrorregião, Montes Claros. No ano de 1999, foi implantada a estratégia de Saúde da Família (ESF) para organizar a Atenção Primária, contando na atualidade com três equipes de Saúde da Família, cobrindo 100% da população.

Um grande problema no desenvolvimento da ESF do município é a rotatividade de profissionais de saúde e o não funcionamento das equipes em Unidades Básicas de Saúde próprias (UBS).

A equipe Santo Antônio (Equipe 01) possui uma unidade de saúde rural na fazenda Caroba e está com sua unidade na sede prestes a ser construída. O PSF Santo Antônio cobre 2.972 pessoas divididas em sete microáreas, não possui uma unidade de saúde própria, funcionando no Centro Municipal de Saúde. Abrange a sede, Caroba, Malhada Grande, Cedro II, Vaca Velha, Lagoa Escura, Rio Pardinho, Mata Virgem. A localidade Cedro II possui difícil acesso, com estradas em precárias condições e não possuindo transporte para acesso a zona urbana.

Quadro 1 – Equipe de Saúde da Família do PSF Santo Antônio do município Santo Antônio do Retiro, 2009

NOME	CARGO	ESCOLARIDADE	JORNADA DE TRABALHO
F. C. S.	Médico	Curso Superior	08 horas/diária 40 horas/semanais
D. S. N.	Enfermeira	-Curso Superior -Especialização em Saúde da Família -Pós-graduação <i>lato sensu/ especialização/ Mestrado?</i> :Docência do Ensino Superior	08 horas/diária 40 horas/semanais
M. L. P.	Técnica em Enfermagem	Ensino Médio	08 horas/diária 40 horas/semanais
A. L. S.	Agentes Comunitários de Saúde	Ensino Médio	08 horas/diária 40 horas/semanais
N. B. L.	Agentes Comunitários de Saúde	Ensino Fundamental	08 horas/diária 40 horas/semanais
M. A. C.	Agentes Comunitários de Saúde	Ensino Fundamental	08 horas/diária 40 horas/semanais
G.E. S.	Agentes Comunitários de Saúde	Ensino Médio	08 horas/diária 40 horas/semanais
S. F. S. S.	Agentes Comunitários de Saúde	Ensino Médio	08 horas/diária 40 horas/semanais
Natália Durães de Almeida Araújo (autora)	Cirurgiã dentista	Graduação em Odontologia	08 horas/diária 40 horas/semanais
C. C. R.	Técnica em Saúde Bucal (TSB)	Ensino médio Curso Técnico em Higiene Dental	08 horas/diária 40 horas/semanais
J. P. F.	Auxiliar de Saúde Bucal (ACD)	Ensino Fundamental	08 horas/diária 40 horas/semanais

A população coberta pela ESF totaliza 7.291 pessoas (BRASIL, Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB, 2009) e o município conta com um total de 14 ACS.

O Centro Municipal de Saúde José Fernandes Ribeiro-Zico foi inaugurado há três anos e é considerado o “Hospital” da cidade. É a única UBS em funcionamento e abriga as três equipes de Saúde da Família (equipe Santo Antônio, Santo Antoninho e São Joaquim). Dois anos depois foi inaugurado, ao lado do Centro de Saúde, o Centro Odontológico Tiago Francisco Silva que atende a população das três equipes de SF.

Não existe sala de reuniões — quando os funcionários precisam se reunir utilizam a sala dos enfermeiros. As reuniões com a comunidade, palestras e grupos operativos são realizadas no auditório da Prefeitura Municipal, que fica um pouco distante do Centro de Saúde.

As equipes de saúde não identificam de forma sistematizada as necessidades de saúde da comunidade residente no território e, portanto, não realizam a programação do atendimento, de acordo com a necessidade da população adscrita. As equipes do PSF possuem população e território definidos, porém, as equipes realizam um trabalho comum a todas as áreas devido à inexistência/não-funcionamento da unidade de saúde própria das equipes, sendo que a maior parte dos atendimentos é feito no Centro de Saúde e no Centro Odontológico, comum a todas as equipes. O mapa (FIG 1) a seguir ilustra a divisão territorial das três equipes de PSF, a localização das UAPS e seus tipos.

SAÚDE BUCAL

A educação em saúde bucal

A educação em saúde bucal é muito importante dentro da promoção à saúde e deve ser universalizada para toda a população da área de abrangência, utilizando-se estratégias diversas de acordo com a realidade local (MINAS GERAIS, 2007).

A forma como as pessoas percebem o processo saúde-doença influencia diretamente suas práticas. Buscar compreender essas construções é essencial para favorecer escolhas saudáveis. Enfrentar a carência de informação e propiciar a construção de alguns conceitos, como a cárie dentária como uma doença que pode (e deve) ser evitada, mostra-se um desafio. A partir do desvendamento das percepções sobre a cárie dentária e os cuidados com a boca, o planejamento de ações/estratégias para a promoção de saúde e a prevenção de doenças deve incluir os responsáveis pela criança em seu contexto histórico, seu meio social e suas relações com as crianças e os espaços sociais que as abrigam.

A saúde bucal do bebê até a idade de dois anos

A atenção à saúde bucal da criança tem seu início durante o período de gestação, *com orientações à gestante, tanto em atendimentos individuais como em grupos operativos, as quais favorecem o início dos cuidados com a criança precocemente, antes mesmo da erupção dos dentes* (MINAS GERAIS, 2007).

As ações devem ser realizadas dentro do contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde, *e de forma a não criar programas específicos para esse grupo etário, verticalizados, isolados, e que por demandarem muito tempo e recurso, acabam excluindo os outros grupos populacionais da atenção* (MINAS GERAIS, 2007).

A saúde bucal da criança de dois a cinco anos

A atenção em saúde bucal nessa faixa etária é essencial, pelo impacto causado pelas ações preventivas e por ser um período de formação dos hábitos.

Essa faixa etária é uma faixa prioritária para as ações coletivas, e devem ser avaliadas as possibilidades de acessá-la em cada área adscrita, através do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares, entre outros.

A escovação nessa faixa etária de dois a cinco anos continua sendo ainda uma responsabilidade dos pais, mas à medida que a criança cresce, ela deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha, com uma escova macia e pequena, inicialmente brincando com a escova e, depois, a partir dos três anos, aprendendo uma técnica dentro de suas possibilidades e sempre com supervisão e reforço dos pais (MINAS GERAIS, 2007).

Índice CPOD e ceo-d

Muitos são os índices utilizados para medir a ocorrência de cárie dentária. O índice CPOD é, contudo, o mais difundido e utilizado em todo o mundo. É utilizado visando conhecer a situação da cárie dentária numa determinada comunidade. Este índice permite realizar avaliações individuais e em um grupo de pessoas. Seu valor em um indivíduo é igual à soma do número de dentes permanentes, cariados, perdidos e obturados. Em uma população o valor é igual o número total de dentes atacados pela cárie, dividido pelo número de pessoas examinadas. (Frias A.C; Junqueira S.R disponível em:
http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/GTextoSB
C.pdf Acessado em 11 de novembro de 2009)

Na sigla CPO-D:

O componente "C" refere-se aos dentes cariados.

O componente "P" refere-se aos dentes já extraídos devido à cárie (portanto, perdidos).

O componente "O" refere-se aos dentes restaurados, ou "obturados".

A letra "D" significa que a unidade de medida utilizada é o dente permanente ("D").

O índice CPO-D pode assumir valores entre 0 e 32.

Este índice vem sendo largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. É um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações. (Frias A.C;

Junqueira S.R disponível em:

http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/GTextoSBC.pdf Acessado em 11 de novembro de 2009).

Apesar da inegável contribuição e importância de medidas epidemiológicas para a organização e planejamento dos serviços de saúde, sabe-se das dificuldades dos municípios de realizarem levantamentos epidemiológicos periódicos em saúde bucal e das dificuldades dos profissionais serem disponibilizados para a calibração e coleta de dados, para operacionalizar esse tipo de estudo. Dessa forma,

metodologias que reduzam o tempo do exame bucal poderiam ser desejáveis para situações específicas em que a utilização da medida convencional não fosse utilizada, gerando certa racionalização de recursos (CYPRIANO *et al*, 2005).

O levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 1986 no Brasil revelou CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) de 6,65 aos 12 anos de idade, (BRASIL,1986). Estes dados colocaram nosso país dentre os que apresentavam as maiores prevalências de cárie do mundo. Em BRASIL (1996b), o CPOD aos 12 anos de idade passou de 6,65 para 3,06 revelando um declínio de 53,9% nos dados médios observados. Esse segundo levantamento epidemiológico, realizado em escolares de seis a 12 anos de idade, também demonstrou para a dentição permanente uma correlação direta entre aumento do índice CPO-D e aumento da idade. Em relação às expectativas mundiais, a Organização Mundial da Saúde havia estipulado como meta para o ano 2000 um índice CPO-D aos 12 anos igual a três (FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE, 1982). Embora satisfatório nesse ano, para 2010 a Instituição preconizou CPO-D menor que 1 em crianças com idade inferior a 12 anos (CONGRESSO MUNDIAL DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA, 1993), estabelecendo também como meta ausência total de cáries em 90% das crianças entre cinco e seis anos de idade (CORTELLI *et al* ., 2004).

Índice ceo-d

O índice ceo-d é o percentual de crianças de cinco a seis anos de idade, com número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados igual a zero, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Valores baixos deste percentual indicam más condições de saúde bucal da população nesta faixa etária, frequentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde bucal e ao alto consumo de açúcar. (Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa, 2008)

O ceo-d estima o percentual de crianças com a dentição decídua livre de cárie dental aos cinco – seis anos de idade. Esta idade é adotada internacionalmente como parâmetro para uso do indicador. A meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 foi de 50% das crianças livres de cárie (ceo-d=0) aos cinco anos de idade. *Tem como objetivo subsidiar os processos de planejamento, gestão, avaliação e implementação de ações, visando a melhoria da saúde bucal nesta faixa etária, o que terá reflexos positivos também para a*

dentição permanente desta população. (Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa, 2008)

O índice ceo-d é o correspondente ao CPO-D em relação à dentição decídua, mas inclui só os dentes cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o), excluindo os extraídos devido às dificuldades em separar os que o foram por causa de cárie, dos perdidos pelo processo natural de esfoliação dentária.

Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença multifatorial e para desenvolver-se, faz-se necessária a interação em condições críticas de três fatores primários representados pelo hospedeiro portador de dentes susceptíveis, a colonização bucal por microrganismos cariogênicos e o consumo frequente de carboidratos fermentáveis. A caracterização individual de possíveis fatores envolvidos na etiologia da cárie dentária possibilita a identificação de indivíduos de risco, estabelecimento de diagnóstico precoce e monitoramento adequado de indivíduos com experiência prévia de cárie. Por outro lado, a identificação dos grupos de risco requer informações individuais referentes a exposição a fluoretos, hábitos de higiene bucal, aspectos sócio-econômicos, bem como resultados obtidos a partir de exames microbiológicos (CORTELLI *et al*, 2004).

A cárie dentária é a doença bucal mais prevalente e se caracteriza por perda mineral localizada da estrutura dentária em superfícies com acúmulo bacteriano. Essa doença é resultante do metabolismo bacteriano que produz ácidos a partir da fermentação dos carboidratos presentes na dieta. Peres, Bastos e Latorre (2000) verificaram que quanto maior é o número de dentes afetados por cárie, maior é a insatisfação quanto à capacidade mastigatória em estudo com crianças de 12 anos do município de Chapecó-SC (CASTRO, 2008).

Para Brandão *et al* (2006) a cárie precoce tem maior prevalência em grupos de baixo nível socioeconômico, podendo também ser observada na população em geral. O autor chama atenção para as crianças que apresentam cárie dentária de forma precoce estas apresentam maior probabilidade de desenvolver cáries subseqüentes na dentição decídua e na permanente, sendo que estas crianças *apresentam um crescimento mais lento, quando comparado ao das crianças livres de cárie, sendo que, algumas, podem apresentar baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer.*

O termo cárie precoce foi definido pela American Academy of Pediatric Dentistry (*Early Childhood Caries* ECC). Assim é definido como a presença de um ou mais dentes cariados (incluindo tanto lesões cavitadas como as não-cavitadas), ausentes (devido à cárie) ou restaurados, em crianças com até 71 meses de idade. Ainda, *em crianças menores de três anos, qualquer sinal de superfície livre cariada seria considerado como cárie precoce severa* (BRANDÃO *et al*, 2006).

A experiência prévia de cárie pode ser avaliada pelo índice CPOD, recomendado pela Organização Mundial de Saúde, principalmente para crianças com 12 anos de idade. Apesar de abrangente, esta organização propôs em 1997 a utilização de novos critérios para o Índice CPOD quando da realização de estudos sobre saúde bucal (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Para a dentição permanente passou a ser avaliada a condição da coroa e da raiz e no caso de dentes decíduos apenas a coroa dentária. O item obturado foi reclassificado e subdividido em dois novos itens, denominados dentes restaurados com cárie e dentes restaurados sem cárie. O primeiro destes dois itens representa os elementos dentários já restaurados, mas que ao exame exibem simultaneamente lesões de cárie novas ou recidivantes. O segundo item indica a presença de dentes previamente restaurados, no entanto livres de lesões de cárie no momento do exame. O mesmo aconteceu com o código “perdido”, subdividido em perdido por cárie ou perdido por outras razões (CORTELLI *et al*, 2004).

A exposição freqüente ao flúor associada a modificações na ingestão de carboidratos fermentáveis, maior acesso aos serviços odontológicos e ampliação da educação em saúde bucal são fatores responsáveis pelo declínio na prevalência e severidade da cárie dentária, o qual tem sido observado em países desenvolvidos. Por outro lado, em países subdesenvolvidos, não tem ocorrido redução do comprometimento da saúde dentária, uma vez que a condição sócio-econômica da população parece exercer influência direta na prevalência da doença, ressaltando a necessidade de mudanças sociais, e não apenas modificações dos hábitos individuais (CORTELLI *et al*, 2004).

PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário. Visa estimular o usuário a sair de um papel passivo para um papel autônomo, participativo, de colaborador e agente de sua própria saúde. Isso significa também desestimular uma dependência muitas vezes desnecessária em relação aos profissionais e serviços de saúde.

Vamos abordar três aspectos fundamentais no que se refere à educação para a saúde, visando mudança de hábito, inter-relação com as pessoas e as abordagens a serem feitas.

A complexidade do processo de mudança de hábito

O processo de mudança de hábito é um processo muito complexo, que enfrenta várias barreiras (econômicas, emotivas, sociais, culturais, entre outras, em que a aquisição do conhecimento é um passo muito importante, mas não suficiente na maioria das vezes.

Muitas vezes a mudança de hábito é difícil, pois o usuário tem de vencer as dificuldades de um meio ambiente e de condições de vida cujas escolhas saudáveis são mais difíceis e mais caras. Em grande parte dos casos, os hábitos não são mudados, não porque, as pessoas não tem conhecimento, mas porque não têm condições de realizar a mudança. Por exemplo, é mais fácil para uma criança comer uma bala, um doce, que são muito baratos, do que trocá-los por uma escolha mais saudável, como uma fruta, que é mais cara. No entanto se a criança tem acesso a fruta deve conhecer a importância dessa na alimentação e ser incentivada a incluí-la na sua alimentação.

No processo de educação, é importante a identificação das principais barreiras aos hábitos saudáveis, e como acontece o processo saúde-doença no contexto local.

A promoção da saúde bucal deve, portanto, ser visualizada em um contexto em que as ações educativas e as ações intersetoriais são complementares, para que, no final, o usuário tenha mais facilidade em optar pelo que é mais saudável.

O respeito à individualidade e a contextualização nas diversas realidades

Torna-se muito importante que no processo de educação os lados possam falar e ouvir, caminhando para uma construção conjunta da prática que deve ser feita dentro da realidade de vida das pessoas.

Os profissionais da saúde bucal não devem ser definitivos no modo como as práticas saudáveis devem ser feitas, mas adequar as orientações às realidades e possibilidades individuais, condições de vida e de trabalho.

A educação em saúde bucal deve considerar o indivíduo como um todo. Por exemplo, a higiene bucal está inserida em um contexto da higiene da casa, do corpo, e não pode ser trabalhada separadamente, devendo acontecer em conjunto com as ações da equipe de saúde e levando em consideração o contexto socioeconômico.

Os níveis de abordagem do processo de educação

As ações educativas no nível coletivo podem ser feitas com os seguintes enfoques:

Ações voltadas para a população como um todo, através de campanhas educativas.

É muito importante que a equipe de saúde bucal tenha uma visão mais sistêmica do trabalho com a equipe de saúde, de forma a evitar ações acontecendo em paralelo. Existem fatores que são fatores de risco comum para várias doenças, tais como tabagismo, alcoolismo, exposição ao sol sem proteção, dieta inadequada, entre outras, e que são importantes de serem trabalhados em conjunto no nível da equipe de saúde, de forma multiprofissional;

Pode-se trabalhar as campanhas educativas específicas de saúde bucal ou em parceria com outras campanhas realizadas pela área da saúde, de forma a se avançar no trabalho multiprofissional. As campanhas educativas despertam as pessoas para as questões de saúde bucal, apesar de serem menos efetivas em relação a mudanças de comportamento. Nesse sentido, mais importante são as ações contínuas, ligadas ao cuidado.

Grupos prioritários para essas ações são os pré-escolares e escolares, pela facilidade de interação com o setor de educação para se trabalhar o conteúdo educativo de forma transversal no currículo escolar, e pela oportunidade de intervenção em um momento em que os hábitos estão sendo formados. Estudos sugerem ainda que escolas

comprometidas com segurança e saúde podem influenciar positivamente na saúde bucal de seus alunos.

A EDUCAÇÃO INFANTIL NO BRASIL

O atendimento às crianças até seis anos em instituições especializadas tem origem com as mudanças sociais e econômicas, causadas pelas revoluções industriais no mundo todo. Neste momento as mulheres deixaram seus lares por um período, onde eram cumpridoras de seus afazeres de criação dos filhos e os deveres domésticos, cuidando do marido e família, para entrarem no mercado de trabalho. Atrelado a este fato, sob pressão dos trabalhadores urbanos, que viam nas creches um direito, seus e de seus filhos, deu-se início ao atendimento da educação infantil (termo atual referente ao atendimento de crianças até seis anos) no Brasil (BRASIL, 1996a).

Até 1920, as instituições de educação infantil tinham um caráter exclusivamente filantrópico e caracterizado por seu difícil acesso oriundo do período colonial e imperialista da história do Brasil. A partir desta data, deu início á uma nova configuração. “Na década de 1920, passava-se á defesa da democratização do ensino, educação significava possibilidade de ascensão social e era defendida como direito de todas as crianças, consideradas como iguais” (BRASIL, 1996a).

Na década de 1930, o Estado assumiu o papel de buscar incentivo (financiamento) de órgãos privados, que viriam a colaborar com a proteção da infância. Diversos órgãos foram criados voltados à assistência infantil, (Ministério da Saúde; Ministério da Justiça e Negócios Interiores, Previdência Social e Assistência social , Ministério da Educação e também a iniciativa privada). Nesta década passou-se a preocupar-se com a educação física e higiene das crianças como fator de desenvolvimento das mesmas, tendo como principal objetivo o combate à mortalidade infantil. Iniciou-se assim, a organização de creches, jardins de infância e pré-escolas de maneira desordenada e sempre numa perspectiva emergencial, como se os problemas infantis criados pela sociedade, pudessem ser resolvidos por essas instituições. A iniciativa pioneira da associação Pró-Infancia, dirigida por Pérola Byington organiza na cidade de São Paulo os Parques Infantis, fundamentado na recreação, saúde e disciplina social. Em 1935, o Departamento de Cultura da Prefeitura Municipal de São Paulo, tendo à frente o modernista Mário de Andrade institui os Parques Infantis, que tinham como lema

educar, assistir, recrear. Em 1940 surgiu o departamento Nacional da Criança, com objetivo de ordenar atividades dirigidas à infância, maternidade e adolescência, sendo administrado pelo Ministério da Saúde. Na década de 1950 havia uma forte tendência médico-higiênica do departamento nacional da Criança, desenvolvendo vários programas e campanhas visando o "... combate à desnutrição, vacinação e diversos estudos e pesquisas de cunho médico, realizadas no Instituto Fernandes Figueira. Era também fornecido auxílio técnico para a criação, ampliação ou reformas de obras de proteção materno-infantil do país, basicamente hospitais e maternidades"(BRASIL, 1996a).

Na década de 1960, o Departamento Nacional da Criança teve um enfraquecimento e acabou transferindo algumas de suas responsabilidades para outros setores, prevalecendo o caráter médico-assistencialista, enfocando suas ações em reduzir a mortalidade materna e infantil. Na década de 1970 temos a promulgação da lei nº 5.692 (BRASIL, 1971), a qual faz referência à educação infantil, como deve ser a educação em escolas maternas, jardins de infância e instituições equivalentes. Em um artigo a lei sugere que as empresas particulares, as quais têm mulheres com filhos menores de sete anos, ofertem atendimento (educacional) a estas crianças, podendo ser auxiliadas pelo poder público. Tal lei recebeu inúmeras críticas, quanto a sua superficialidade, sua dificuldade na realização porque não havia um programa específico para estimular as empresas na criação das pré-escolas (BRASIL, 1996a).

Verifica-se que a Educação Infantil surgiu com um caráter de assistência a saúde e preservação da vida, não se relacionando com o fator educacional. A pré-escola surgiu da urbana e típica sociedade industrial; não surgiu com fins educativos, mas sim para prestar assistência, e não pode ser comparada com a história da educação infantil no geral, pois esta, sempre esteve presente em todos os sistemas e períodos educacionais (BRASIL, 1996a).

A partir da década de 80, ocorre a abertura política e os movimentos pelos direitos humanos se intensificam. Na constituição de 1988 aumentam as leis que protegem os cidadãos e seus direitos, o direito a educação e o apoio à educação infantil. A partir da Constituição as famílias tem direito a creche para seus filhos até seis anos de idade. Isso é o que diz o Art. 208 da constituição. Nesta época também aumenta o número de mulheres que trabalham fora, aumentando assim a demanda por creches e pré-escola.

O Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, Lei nº 8.069/1990 diz no Art. 54: “É dever do estado assegurar à criança e ao adolescente... Parágrafo IV: Atendimento em creches e pré-escolas as crianças de 0 a 6 anos de Idade”. Ou seja, a Educação Infantil é um dever do estado e direito das crianças e famílias (BRASIL,1990).

A LDB 9.394/96 (BRASIL, 1996a) foi a primeira a incluir a educação infantil entre as diretrizes que regem a educação, porém, esta continua não sendo obrigatória, apenas direito das crianças e famílias. Nessa lei ela faz parte da primeira etapa da Educação Básica.

Essas leis trouxeram modificações para a Educação Infantil, ou seja, a partir da década de 90 ela passa a fazer parte da Educação e não mais do assistencialismo. Desse modo a formação dos profissionais também é modificada.

Lei de diretrizes e bases da educação nacional – LDB, 1996

A Constituição de 1988 mostrou que a LDB anterior (4024/61) estava ultrapassada, mas apenas em 1996 o debate sobre a nova lei foi concluído.

A atual LDB (Lei 9394/96) foi sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso e pelo ministro da educação Paulo Renato Souza em 20 de dezembro de 1996. Baseada no princípio do direito universal à educação para todos, a LDB de 1996 trouxe diversas mudanças em relação às leis anteriores, como a inclusão da educação infantil (creches e pré-escolas) como primeira etapa da educação básica.

Principais características

- Darcy Ribeiro foi o relator da lei 9394/96
- Gestão democrática do ensino público e progressiva autonomia pedagógica e administrativa das unidades escolares (art. 3 e 15)
- Ensino fundamental obrigatório e gratuito (art. 4)
- Carga horária mínima de oitocentas horas distribuídas em duzentos dias na educação básica (art. 24)
- Formação de docentes para atuar na educação básica em curso de nível superior, sendo aceito para a educação infantil e as quatro primeiras séries do fundamental formação em curso normal do ensino médio (art. 62)

- Formação dos especialistas da educação em curso superior de pedagogia ou pós-graduação (art. 64)
- A União deve gastar no mínimo 18% e os estados e municípios no mínimo 25% de seus respectivos orçamentos na manutenção e desenvolvimento do ensino público (art. 69)
- Dinheiro público pode financiar escolas comunitárias, confessionais e filantrópicas (art. 77)
- Prevê a criação do Plano Nacional de Educação (art. 87)

O texto aprovado em 1996 é resultado de um longo embate, que durou cerca de seis anos, entre duas propostas distintas. A primeira conhecida como Projeto Jorge Hage foi o resultado de uma série de debates abertos com a sociedade, organizados pelo Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública, sendo apresentado na Câmara dos Deputados. A segunda proposta foi elaborada pelos senadores Darcy Ribeiro, Marco Maciel e Maurício Correa em articulação com o poder executivo através do MEC.

A principal divergência era em relação ao papel do Estado na educação. Enquanto a proposta dos setores organizados da sociedade civil apresentava uma grande preocupação com mecanismos de controle social do sistema de ensino, a proposta dos senadores previa uma estrutura de poder mais centrada nas mãos do governo. Apesar de conter alguns elementos levantados pelo primeiro grupo, o texto final da LDB se aproxima mais das idéias levantadas pelo segundo grupo, que contou com forte apoio do governo FHC nos últimos anos da tramitação.

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional chama o equipamento educacional que atende crianças até três anos de CRECHE. O equipamento educacional que atende crianças de quatro a seis anos se chama PRÉ-ESCOLA. Na educação infantil a avaliação far-se-á mediante acompanhamento a registro do seu desenvolvimento, sem o objetivo de promoção, mesmo para o acesso ao ensino fundamental.

Recentes medidas legais modificaram o atendimento das crianças da PRÉ-ESCOLA, pois alunos com seis anos de idade devem obrigatoriamente estar matriculados no primeiro ano do Ensino Fundamental.

Os dispositivos legais que estabeleceram as modificações citadas são os seguintes:

- O Projeto de Lei nº 144/2005, aprovado pelo Senado em 25 de janeiro de 2006, estabelece a duração mínima de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Essa medida deverá ser implantada até 2010 pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Durante esse período os sistemas de ensino terão prazo para adaptar-se ao **novo modelo de pré-escolas**, que agora passarão a atender crianças de 4 e 5 anos de idade.

AVALIAÇÃO SOBRE O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE BUCAL NA CRECHE

Foram avaliadas 50 crianças de ambos os sexos com idade entre quatro e cinco anos. O Quadro 2 expressa os dados relativos aos hábitos de higiene bucal. Deve-se salientar que antes da intervenção 32 crianças realizavam a escovação sem supervisão de um dos pais ou responsáveis e 18 realizavam a escovação com supervisão. Após a orientação, pela dentista, da importância do acompanhamento da escovação nesta faixa etária esse número passou para 41 crianças supervisionadas durante a escovação, pelo menos uma vez ao dia, e nove sem supervisão. Vinte e cinco crianças escovavam os dentes uma única vez ao dia, sete crianças escovavam duas vezes ao dia e dezoito crianças escovavam três vezes ao dia. Embora para execução de técnica adequada de escovação para crianças em idade escolar seja necessária supervisão, no estudo atual, 32 crianças a realizavam individualmente. Todas as crianças possuíam escova dental, pois, através do Programa Brasil Sorridente, o município e a equipe de saúde bucal forneciam o kit com escova e creme dental para as escolas trimestralmente.

Quadro 2 – Hábitos de higiene bucal expressos como número de escovações por dia, escovação individual ou supervisionada e uso coletivo ou individual da escova, antes e depois da orientação pela dentista

Hábitos Observação	HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL						
	ESCOVAÇÕES/DIA			ESCOVAÇÃO		ESCOVA	
	1	2	3	Individual	Supervisionada	Individual	Coletiva
Antes da orientação	25	7	18	32	18	50	0
Depois da orientação	9	10	31	9	41	50	0

Considerando-se todos os itens, o valor médio do Índice ceo-d para a população estudada foi de 5,1. Para o ano 2000, a OMS havia estipulado como meta, 50% das crianças livres de cárie (ceo-d = 0) aos cinco-seis anos de idade. No presente estudo, mais de 50% das crianças avaliadas apresentaram dentes cariados, obturados ou

extraídos, estando portanto, esse valor, acima do proposto pela OMS. Considerando-se que os fatores etiológicos principais da cárie dentária compreendem hospedeiro susceptível, microbiota cariogênica e substrato acidogênico interagindo em condições críticas por um determinado período de tempo, esse alto número de dentes cariados pode ser explicado, principalmente pela alimentação cariogênica e por hábitos individuais de higiene bucal precários.

A análise de tais prerrogativas evidencia a necessidade de estudos posteriores para que se estabeleça dentre todos os fatores relacionados com a etiologia da doença cárie, qual tem tido ação mais marcante, para que possam ser apresentadas propostas concretas de controle e monitoramento da cárie dentária em indivíduos com idade escolar.

Diagnóstico das condições de saúde bucal infantil

Em primeiro lugar, realizou-se um diagnóstico de cárie com as crianças de quatro e cinco anos. Para o diagnóstico inicial de saúde, foram obtidos dados de 50 crianças com relação ao índice ceo-d, hábitos alimentares e cuidados com higiene bucal. O exame clínico foi realizado à luz natural nas dependências da escolinha e foram utilizados espátulas de madeiras descartáveis e espelhos clínicos planos número 05. O emprego de sonda exploradora número 05 foi limitado à remoção de debris que eventualmente pudessem limitar o exame visual. Cada criança foi examinada uma única vez, desde que os pais ou responsáveis tivessem concedido autorização.

Ações realizadas com as crianças

Iniciou-se com a realização da evidenciação de placa bacteriana para os professores aplicando fucsina básica a 2% nas crianças para demonstração da quantidade e do local de maior acúmulo de placa. Em seguida, as crianças receberam uma escova dental para escovação supervisionada pela dentista que demonstrou as técnicas de escovação adequadas para a idade. Realizou-se aplicação de flúor e orientação sobre os cuidados de higiene bucal. A dentista propôs, após discussão com os professores, um horário para realizar a escovação na escolinha após o lanche. Foram mostrados vídeos educativos com temas como: os amiguinhos dos dentes (escova, fio dental, creme dental e flúor), o que os doces podem causar, frutas e outros. Outros recursos visuais foram utilizados: cartazes bem ilustrados, desenhos para colorir e macromodelos dos dentes e escova.

Cada criança recebeu um kit do Programa Brasil Sorridente para ficar na escolinha devidamente identificado com escova e creme dental.

Orientação individual sobre práticas de saúde bucal

Após a realização do diagnóstico, foram dadas orientações individualizadas às mães das crianças de quatro e cinco anos. Além dos cuidados com a higienização, elas foram orientadas a respeito dos hábitos alimentares das crianças. O recurso instrucional utilizado foi o impacto que a cárie pode causar na infância e também nos dentes permanentes. Foi enfatizada a importância de se acompanhar a escovação das crianças e a introdução de alimentos mais saudáveis.

A compreensão, pelos pais ou responsáveis, quanto à causalidade da doença fez referência ao cuidado dispensado às crianças, acesso ao cirurgião-dentista, ingestão de doces e à fatalidade ("Todo mundo tem cárie, pelo menos um pouquinho tem"). A maneira pela qual as pessoas percebem o processo saúde-doença influencia as práticas e os cuidados em saúde bucal. Buscar compreender estas construções e valores é essencial para se trabalhar, de forma contextualizada, a falta de informação e os conceitos que ainda persistem, como a crença que a cárie dentária é um fenômeno "natural" e não um processo patológico.

É importante salientar que durante todo o processo de educação antes, durante e após a intervenção da cirurgiã dentista a ajuda das professoras foi de grande importância, no que se refere ao incentivo das crianças durante as escovações e as atividades educativas realizadas em sala de aula. Houve resistência das crianças inicialmente, mas com os vídeos e as atividades desenvolvidas, elas se tornaram receptivas as orientações da dentista. A dificuldade encontrada foi em relação a estipulação do horário de escovação na escolinha, mas com a ajuda das professoras definiu-se criar um horário após o lanche das crianças.

Durante a orientação individual às mães, foi possível observar que algumas tinham conhecimento da importância das práticas de cuidados com a saúde bucal e alimentação saudável. No entanto, muitas não as colocavam em prática por diversos motivos como, falta de tempo, acomodação com a prática diária e desobediência das crianças. As mães mostraram-se preocupadas com a situação de saúde de seus filhos e receptivas aos

aconselhamentos e encaminhamentos recebidos. A orientação às mães atingiu o objetivo de esclarecimento, e acredita-se que, alguns recursos didáticos visuais utilizados para abordar os temas, ajudou na aproximação da intervenção, sendo esta mais efetiva.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente trabalho permitiu evidenciar a importância de trabalhos participativos, principalmente aqueles que envolvem cuidadores (pais ou responsáveis e professores) no cuidado com a saúde bucal das crianças com idade de quatro a cinco anos. A participação da escola de educação infantil foi fundamental para o sucesso do trabalho. Os responsáveis pelas crianças, principalmente as mães conhecem a importância do cuidado, mas, não realizam ações efetivas para implementá-lo.

A partir do estudo realizado, é possível afirmar que as creches e seus profissionais não têm tido condições adequadas para cumprir integralmente seu papel de proporcionar orientação educativa aos familiares e/ou responsáveis das crianças, em especial, no que se refere aos cuidados com a saúde bucal. Um dos aspectos dificultadores para o pleno desempenho desse papel diz respeito às precárias formas de comunicação adotadas entre a instituição e os pais, ou seja, entre os dois núcleos responsáveis pelo cuidado da criança.

Espera-se que as informações obtidas possam ser utilizadas no planejamento de ações e programas de intervenção, por meio de medidas que atendam às mães e às educadoras que são, efetivamente, as responsáveis pelo cuidado das crianças, o que implica na melhoria ou não das suas condições de saúde.

Deve-se ressaltar que as professoras são receptivas, mas, é necessário incluir como rotina e como prioridade na escola o cuidado com a boca. As crianças precisam incorporar como rotina os cuidados e precisam ser incentivadas e esclarecidas do porquê cuidar da boca.

Pretende-se traçar um programa de promoção a saúde bucal da escolinha Branca de Neve, planejando ações em três direções, ou seja, ações dirigidas aos responsáveis pelas crianças, ações dirigidas à direção da escola e professoras e ações dirigidas às crianças. Os pais serão chamados a participar da higiene bucal das crianças e melhora na dieta destas através de palestras semestrais. As professoras e direção participarão de uma ou duas oficinas anuais para treinamento de promoção de saúde e as crianças terão atividades desenvolvidas diariamente como escovação e atividades de incentivo a boas práticas alimentares de dois em dois meses. As atividades serão supervisionadas pela equipe de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BARDAL, Priscila Ariede Petinuci et al . Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, Mar.2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100024&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 16 de dezembro 2009. 10.1590/S1413-81232006000100024.

BASÍLIO, Luiz Cavalieri, KRAMER, Sônia. *Infância, educação e direitos humanos*. São Paulo: Cortez. 2003.

BONI, V; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevista em ciências sociais. **Revista eletrônica da Pós Graduação em Sociologia Política UFSC**, v. 2, n.1(3), janeiro-julho, 2005.

BRANDAO, Ioneide Maria Gomes et al . Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, June 2006. Disponível<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 11 de outubro de 2009 doi: 10.1590/S0102-311X2006000600014.

BRASIL. Ministério da educação e do Desporto. *Lei nº 4.024/61, de 20 de Dezembro de 1961*. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. *Lei nº 5.692/71, de 11 de Agosto de 1971*. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana*, 1986. Brasília: Centro de Documentação Técnica do Ministério da Saúde; 1988.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. *Lei n. 8.069*, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal – 1996b: primeira etapa* Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>> Acessado em 16 dez 2009.

BRASIL, MInistério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro 2.000 Brasília - DF, 29/12/00.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições da saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 144/2005 aprovada em 25 de janeiro de 2006. Estabelece a duração mínima de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade.

Brasil. Datasus. Sistema de Informação da Atenção Básica. Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabsdescr.htm>. Acesso em: 8 de setembro de 2009.

CARDOSO, Débora Regina de Oliveira. A afetividade no cuidar na educação infantil escolar. Memorial apresentado ao Curso de Pedagogia – Programa Especial de Formação de Professores em Exercício nos Municípios da Região Metropolitana de Campinas, da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, como um dos pré-requisitos para conclusão da Licenciatura em Pedagogia. Campinas, SP : [s.n.], 2006. Faculdade de Educação UNICAMP.

CASTRO, R. A. L. *Qualidade de vida e saúde bucal em escolares do Rio de Janeiro*. 2008. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2008.

CONGRESSO MUNDIAL DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA, 4, 1993, Umea, Suécia, 3-5 set. 1993.

CORTELLI, S.C.; CORTELLI, J. R.; PRADO, J. S.; AQUINO, D. R.; JORGE, A. O. C.. Fatores de risco a cárie e CPOD em crianças com idade escolar. **Cienc Odontol Bras**, São José dos Campos, V.7, n.2, p 75-82 abr./jun. 2004.

CYPRIANO, Silvia; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; WADA, Ronaldo Seichi. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, Apr. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200021&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10/09/2009.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J**, 32, p 74-7, 1982.

FONTANELLA, B. J. B; CAMPOS, J. G. C; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínica-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem setembro-outubro**, v. 14 (5), 2006.

FOREST, Nilza Aparecida. WEISS, Sílvio Luiz Indrusiak. Cuidar e Educar - Perspectivas para a prática pedagógica na educação infantil. Revista Leonardo Pós fev, 2004 Disponível em: www.icpg.com.br, acessado em 10 de outubro de 2009.

FRIAS A.C; JUNQUEIRA S.R Saúde Bucal Coletiva elaborado para uso na disciplina Odontologia em Saúde Coletiva da FOU SP disponível http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/GTextoSBC.pdf Acessado em 11 de novembro de 2009

KRAMER, Sonia & BAZILIO, Luiz Cavalieri. *Infância Educação e Direitos Humanos*. São Paulo: Cortez, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. – 2ª ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Oral dental health global indicators for 2.000: DMFT - 3 at 12 years; dental caries levels at 12 years. *In*: PINTO, V. G. **Odontologia social e preventiva**. 2. ed. São Paulo : Santos, 1990. p. 135.

PERES, K. G. de Anselmo; BASTOS, J. R. de M; LATORRE, M. do Rosário. D. de O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública**, vol.34, n.4, p. 402-408, 2000.

QUEIROZ, D.T. SOUZA, A. M. VIEIRA, N. F. C. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro; 15(2): 276-83 abr/jun 2007.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>. Acessado em 11 de outubro de 2009. ISBN 978-85-87943-65-1

SILVEIRA FILHO, A. D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n. 4, p.18, 2002.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100020&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 12 de dezembro de 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100020

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Apr. 1998. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X1998000200028&lng=en&nrm=iso> .. acessado em 12 de novembro de 2010
10.1590/S0102-311X1998000200028.

VITTA, Fabiana C. F. de; EMMEL, Maria Luisa G.. A dualidade cuidado x educação no cotidiano do berçário. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, Aug. 2004 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 11 de novembro de 2009 doi: 10.1590/S0103-863X2004000200007.

WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva. 1946.

WHO (World Health Organization). Oral health surveys, basics methods. Geneva: World Health Organization; 1997.