

Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da Autonomia à Transformação Social

Oral Health in the School and Family: Autonomy of Social Change

Larissa Moreira de Souza^I

Alyne Macedo^{II}

Roberta Cristina Medeiros Pimentel Gusmão^{II}

Ana Célia Rodrigues Athayde^{II}

Luciana Ellen Dantas Costa^{II}

Faldryene Sousa Queiroz^{II}

Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega^{III}

RESUMO

A promoção de saúde requer um trabalho com abordagens preventivas, educacionais, curativas e de controle da saúde pelo próprio indivíduo, sendo a motivação e a transformação social por meio da conscientização as únicas propostas viáveis para a diminuição das doenças bucais. O objetivo deste programa foi promover a saúde de forma ampla, atingindo vários atores sociais, e trabalhar a autonomia e a modificação de hábitos essenciais para alterações no fenômeno saúde-doença. Foi desenvolvido na rede pública de ensino do município de Patos (PB), com a participação de três eixos – a família, os educadores e as crianças –, tendo como ações as práticas de promoção e educação em saúde, análise do nível de conhecimento em saúde bucal, realização de tratamento restaurador atraumático, além de cursos de capacitação em saúde bucal para educadores e agentes comunitários de saúde. O projeto teve aceitação por todos os eixos assistidos e alcançou como resultado a melhoria nos níveis de saúde bucal e a criação de agentes multiplicadores de saúde, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e integralidade em saúde.

ABSTRACT

Health promotion requires individuals to work with preventive, educational, curative and health control approaches, with motivation and social transformation through raising awareness being the only feasible proposals for reducing oral disease. The objective of this program was to broadly promote health, engaging various social actors and to develop autonomy and modify habits that are essential to changes in health and disease. It was developed in the municipal schools of the city of Patos, on three fronts: family, teachers and children, and involved practices to promote health education, analysis of the level of oral health knowledge, and the provision of Atraumatic Restorative Treatment, and oral health training courses for educators and Community Health Agents. The project was accepted by all the groups who attended and achieved the result of improving levels of oral health and creating health multipliers, thus contributing to the development of autonomous and comprehensive health care.

PALAVRAS-CHAVE

- Saúde Pública;
- Autonomia Pessoal;
- Mudança Social;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Public Health;
- Personal Autonomy;
- Social Change;
- Medical Education.

Recebido em: 09/02/2014

Reencaminhado em: 16/03/2015

Aprovado em: 17/04/2015

^I Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.

^{III} Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

Inserida num conceito amplo, a promoção da saúde bucal vai além da dimensão técnica da prática odontológica, sendo, desta forma, integrada às demais práticas de saúde coletiva¹. Numa população, é um importante recurso para estabelecer a prevenção da cárie dental, e, quando acontece nas escolas, a promoção de saúde é capaz de promover hábitos e comportamentos que favorecem a melhoria da saúde bucal².

Além da prática odontológica em situações pontuais, a saúde bucal deve articular a troca de conhecimentos e a construção coletiva de intervenções³. Para isso, pode-se trabalhar com programas de promoção em saúde em que eixos diferentes se interliguem por meio da educação e formação do indivíduo e, assim, permitir o desenvolvimento de ações baseadas na integralidade com o objetivo de despertar a autonomia no cuidado do próprio cidadão. Isto inclui a luta pela satisfação de suas necessidades de forma ampla e a construção de relações simétricas entre usuários do serviço de saúde e os próprios profissionais da área⁴.

Embora a educação em saúde bucal esteja sendo introduzida aos poucos na vida dos brasileiros, muitos não têm acesso a lugares onde ela pode ser transmitida ou simplesmente não há oportunidade, em virtude da ausência, em suas comunidades, de meios de divulgação dos conhecimentos em saúde bucal⁵.

Para reverter este quadro, programas educativos podem ser incluídos na rotina de escolas, pois os primeiros anos da vida escolar são considerados uma época oportuna para que as crianças desenvolvam hábitos alimentares e de higiene corretos, já que nessa época os comportamentos são profundamente fixados e dificilmente se alteram ao longo do tempo² e também podem ser incluídos nas famílias.

Segundo dados do SB Brasil realizado em 2003, 60% das crianças de cinco anos de idade apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária⁶; numa nova pesquisa, realizada em 2010, esta proporção caiu para 53,4%⁷. Embora o percentual tenha se reduzido ao longo de dez anos, os números ainda são alarmantes, e por isto justifica-se que programas educativo-preventivos sejam trabalhados ainda na escola. Taglietta *et al.* ainda inferem que a faixa etária de quatro a sete anos é considerada a mais oportuna para o desenvolvimento de hábitos alimentares e de higiene corretos².

Desta forma, o objetivo deste programa de extensão foi a criação de vínculo entre os três eixos assistidos (criança/educador/família), com a obtenção de autonomia e modificação de hábitos pertinentes, para não dizer essenciais, para alterações no fenômeno saúde-doença.

METODOLOGIA

O programa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (CEP/UFPG), sob número de protocolo 56/2011, e foram aceitos todos os termos da Resolução nº 196/96 do CNS.

O programa atuou em quatro escolas do ensino fundamental e duas creches do município de Patos (PB). A escolha das instituições teve como critério de distribuição os diferentes contextos sociais, ou seja, áreas ocupadas por famílias em situação de risco e áreas ocupadas por famílias em situação mais estável.

O público-alvo foram alunos de creches e do ensino fundamental menor (primeiro ao quinto ano), bem como seus educadores e cuidadores.

As instituições participantes do programa foram:

- Escolas municipais de Ensino Fundamental: Nosso Lar Tio Juca; Aristides Hamad Timene; Antônio Guedes dos Santos; Maria das Chagas Candeia;
- Creches: Professora Antonieta Vieira Azevedo; Maria Eunice.

O programa também atuou em conjunto com as Unidades de Estratégia Saúde da Família às quais os membros das famílias participantes estavam vinculados. Estas foram: Monte Castelo; Belmiro Guedes; Haydee Medeiros; Pedro Firmino Neto (Caic); Domiciana Vieira; Rosinha Xavier; Ana Raquel; Evaristo Guedes.

Para melhor compreensão do conteúdo, as ações propostas serão descritas em seus três eixos de atuação, apesar de todas as suas atividades estarem interligadas.

Eixo 1 (crianças)

As primeiras atividades consistiram em visitas às escolas e creches assistidas pelo programa, para um diagnóstico situacional. Em seguida, a dinâmica do projeto contou com a criação de rodas de atividades lúdicas, cujas dinâmicas de conversa foram adaptadas a cada faixa etária participante e tiveram como objetivo avaliar o conhecimento das crianças sobre saúde bucal e transmitir informações corretas acerca do assunto. Foram abordados assuntos como o uso correto da escova, do fio dental e do dentrífcio, a cárie, a dieta e o amigo chamado cirurgião-dentista. As dinâmicas se baseavam nesses tópicos, porém as crianças eram incitadas a falar também sobre a sua higiene bucal e a da sua família, como faziam para cuidar e manter a sua saúde, respondiam a jogos interativos e participavam da demonstração da técnica de escovação de Fones através da repetição de movimentos que a equipe fazia em macromodelos de escova dental, dentrífcio e fio dental. Os

jogos interativos foram desenvolvidos como forma de rever o que foi discutido nas rodas de atividades.

A última etapa teve como alvo uma estratégia preventiva e curativa, o tratamento restaurador atraumático (TRA). Os critérios de inclusão exigidos para aplicação da técnica foram, além dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pelos responsáveis, a presença de cavidades simples de caixa fechada e lesões de rasa a média profundidade. Segundo o estudo de Figueiredo *et al.*, os autores afirmam que o desempenho clínico das restaurações de classe I é melhor quando comparado às restaurações de classe II⁸. Dois operadores foram devidamente calibrados e durante a realização do TRA foram supervisionados por dois orientadores. Todo o procedimento foi realizado em ambiente escolar, onde foi utilizada a técnica de conte-mostre-faça e a posição joelho-a-joelho, na qual os executores da técnica se sentavam frente a frente e a criança se mantinha deitada no colo de ambos. Esta posição oferecia boa visibilidade e ponto de apoio necessário ao atendimento. O material utilizado foi o ionômero de vidro Vitromolar® (DFL), um bom restaurador adesivo e com propriedades de liberação de flúor.

Eixo 2 (educadores)

De modo semelhante ao eixo 1, as primeiras atividades do eixo 2 também foram desenvolvidas com o intuito de caracterizar a população atendida.

Após a exposição inicial de conceitos sobre saúde bucal em quatro rodas de ideias, contando com 18 participantes, começou-se o trabalho de motivação propriamente dita com as crianças e os cuidadores. Instruções detalhadas sobre a maneira correta de escovação e do uso do fio dental foram dadas, estimulando sempre o autocuidado.

Também foi desenvolvido um material para auxiliar a equipe na transmissão dos conhecimentos, como macromodelo da boca, escova de dente e dentifrício em EVA, álbum seriado e jogos educativos. Uma vez ao mês, foram realizadas oficinas (com 23 membros ativos), com metodologia simples e linguagem acessível. Os temas abordados se baseavam na realidade local, para que a informação fluísse de forma efetiva, incentivando os educadores a fazerem da mesma forma com os seus alunos.

Como um instrumento didático-pedagógico, houve a formação de um conselho de mães que contou com a participação de 12 mulheres, a fim de incentivar a discussão e reflexão por meio da troca de experiências/pensamentos, estimulando a iniciativa e o empoderamento das pessoas.

Bimensalmente, havia reuniões deste conselho de mães com o objetivo de avaliar as mudanças visíveis na percepção de saúde bucal nos seus filhos.

Eixo 3 (cuidadores)

As etapas iniciais do eixo 3 consistiram na coleta dos nomes dos alunos e seus responsáveis e respectivos endereços para mapear as áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais as famílias participavam e para a liberação dos agentes comunitários de saúde (ACS) pela Secretaria de Saúde do município e apresentação do programa a 42 ACS que faziam parte das UBS participantes.

Visitas domiciliares às famílias assistidas pelo projeto e aplicação de questionário também foram realizadas para preparo do mapa de atuação. Palestras foram ministradas para apresentar a proposta de trabalho e incentivar às famílias a participarem ativamente do projeto, além de criar um vínculo entre a equipe e os cuidadores. Ao final de cada reunião, era oferecido um café da manhã a todas as famílias participantes, com todos os alimentos doados pela comunidade. Esta foi uma forma encontrada para que houvesse maior interação entre os membros que fizeram parte do programa. A troca de experiências vivenciada pela família e pela equipe executora do programa garantiu a efetividade das ações, pois criou um vínculo com a população atendida, permitindo o desenvolvimento do trabalho na comunidade.

Outra etapa foi voltada para os agentes comunitários de saúde (ACS), pois estes poderiam ajudar a conscientizar a população sobre a importância do autocuidado em saúde bucal e contribuir com a promoção e educação em saúde. Para que fossem avaliados quanto ao conhecimento prévio sobre saúde bucal, os ACS responderam a um questionário, que continha questões socioeconômicas (como nível de instrução e renda familiar), questões sobre a interação do cirurgião-dentista (CD) e o ACS, e perguntas específicas sobre saúde bucal (questões sobre cárie, escovação, uso do fio dental, flúor, saúde bucal de crianças, bebês e gestantes).

Além disto, foram planejadas e executadas oficinas em saúde bucal e um curso de capacitação, ambos adaptados para reduzir as deficiências de informações relacionadas aos cuidados em saúde bucal e para que os próprios ACS pudessem transmitir de forma segura à população os conceitos e as formas corretas de higienização bucal. Os ACS foram orientados a utilizar materiais reciclados como formas alternativas viáveis para o uso do fio dental (saco de ráfia desfiado e esterilizado), limpador de língua (tampa de requeijão higienizada) e porta-escova (de garrafas PET), e a incentivar a produção destes kits de saúde bucal e, assim, formar agentes multiplicadores de saúde. Ao final do curso, os ACS responderam mais uma vez ao mesmo questionário aplicado no início do trabalho, para que houvesse uma posterior comparação das respostas, e receberam um certificado de participação em curso de capacitação.

RESULTADOS

Para uma apresentação mais didática do conteúdo, assim como da metodologia, os resultados serão divididos por eixo.

Eixo 1 (crianças)

De acordo com o que foi ensinado e por meio de reforço positivo, as crianças foram criando autonomia no cuidado da saúde bucal. Elas participaram ativamente das dinâmicas de perguntas e respostas e dos jogos interativos. Nestes momentos, observou-se que elas passavam a interagir com a equipe, respondendo sobre quesitos básicos em saúde bucal (o que era cárie, como fazer uma dieta saudável, se era necessário ir ao cirurgião-dentista, quais eram os “amigos” e “inimigos” dos dentes).

Todas as crianças que participaram da atividade do TRA tiveram comportamento cooperativo, conversaram sobre o que faziam para manter a saúde da boca e durante todo o procedimento faziam o que lhes era pedido. Com base nos critérios pré-estabelecidos para realização do TRA em sala, foram atendidas 5 crianças, num total de 7 dentes/8 superfícies.

Ao final, todas as restaurações realizadas tiveram sucesso, sem apresentar desconforto aos pacientes. Como a maioria das crianças já apresentava cavidades cáries classe II e/ou maior profundidade com risco de exposição pulpar (critérios de exclusão do presente trabalho), o número de crianças atendidas foi reduzido. É fundamental destacar a importância dos cuidados na dentição decídua e, principalmente, o trabalho com diagnóstico precoce e prevenção.

Eixo 2 (educadores)

A participação de todos os educadores nas oficinas foi o ponto forte do projeto, pois nesse momento eram constatadas e fixadas as informações que haviam sido repassadas anteriormente. Durante a confecção de cada material educativo, se tornava perceptível a satisfação dos educadores e o anseio em aprender mais sobre a importância da saúde bucal. Com relação aos dados da roda de ideias e oficinas, segue a porcentagem de respostas positivas a cada item questionado (n=13): Sabe escovar os dentes — 100% (13); Conhece as técnicas de escovação indicadas para criança e para adulto — 0%(0); Sabe o tempo indicado para a troca da escova — 54% (7); É necessário visitar o dentista a cada seis meses — 85% (11); Sabe como deve ser a escova ideal — 100% (13).

De acordo com os dados apresentados, 100% dos professores afirmaram saber escovar os dentes e qual escova era considerada a ideal, porém afirmaram não saber quais as técnicas corretas de escovação para crianças e adultos. Apenas pouco mais da metade (54%) sabia o tempo indicado para a substi-

tuição das escovas. Já 85% afirmaram que é necessário visitar o cirurgião-dentista a cada seis meses.

Na reunião com mães e docentes sobre o Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas, foram abordados assuntos como o que significa o PPP, qual a sua função na escola e qual a sua importância no desenvolvimento intelectual dos alunos, bem como o poder de transformar a sociedade por meio da troca de saberes entre os educadores e as crianças. Com uso de uma linguagem simples e objetiva, foi explicado que o PPP é um plano educacional que contém todos os assuntos que serão lecionados durante o período letivo na escola. Notou-se interesse das mães em inserir no PPP das escolas a disciplina de saúde bucal, pois assim seus filhos aprenderiam a importância da higiene bucal e teriam capacidade de passar estas informações para os outros membros de suas famílias. Além disso, as mães se mostraram satisfeitas com os reflexos do projeto na melhoria da qualidade de vida dos seus filhos, o que mostra a eficiência do trabalho de educação em saúde dentro e fora das escolas.

Eixo 3 (cuidadores)

A aplicação dos questionários aos ACS se deu em dois momentos: antes e depois da capacitação. Dois ACS (chamados aqui de ACS 1 e ACS 2) responderam aos questionários e ambos estavam vinculados à UBS Haydee Medeiros. O ACS 1 atendia um total de 160 famílias e o ACS 2 atendia 144.

Apesar da pequena amostra, os resultados serão relatados aqui e discutidos posteriormente como relatos de experiência, devido à importância dos dados coletados. Vale salientar que, em relação ao nível de instrução, os dois ACS tinham ensino médio completo e suas rendas familiares estavam em torno de dois a três salários mínimos ao mês.

O questionário foi preparado com itens relacionados a informações básicas em saúde bucal, integração entre profissionais e ações em saúde bucal. Com relação aos itens sobre informações básicas em saúde bucal e integração entre profissionais (questões objetivas), todos receberam respostas adequadas já no questionário prévio a capacitação. Já quando foram analisados os itens relacionados a ações em saúde bucal (questões subjetivas), foram observadas respostas adequadas apenas após o período de capacitação, ou seja nos questionários pós-capacitação.

DISCUSSÃO

O surgimento de cárie na dentição decídua é um grave preditor da cárie na dentição permanente⁹. Por isso é tão importante investir em projetos de educação e promoção em saúde que abranjam principalmente as crianças e que não só o cirurgião-dentista assuma um papel exclusivo de cuidador, mas que compartilhe a

sua responsabilidade com pais, professores e instituições públicas e privadas, com o objetivo de promover a saúde¹⁰.

Segundo levantamento de dados do SB Brasil realizado em 2003 sobre a condição de saúde bucal da população brasileira, quase 60% das crianças de cinco anos de idade apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária⁶. Em 2010, foi realizado um novo levantamento, e aos cinco anos de idade apenas 46,6% das crianças brasileiras estavam livres de cárie⁷. Os dados chamam a atenção para a necessidade de implantar políticas públicas, programas com foco em ações educativas, preventivas e de promoção da saúde e que levem à identificação precoce de crianças com alto risco de cárie¹¹.

Para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos no País, a Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, implantou o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)¹². Porém, de todas as especialidades oferecidas como prioritárias, a Odontopediatria ficou à margem do CEO, sem levar em consideração que o processo de desenvolvimento da cárie se inicia logo na infância e provoca lesões irreversíveis, levando até mesmo à destruição total do elemento dentário¹³ (p. 191). Devido ao aumento de perdas precoces dentárias (principalmente devido a lesões cariosas) e, conseqüentemente, ao aumento da prevalência de má oclusões, a Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010, viabilizou a incorporação dos procedimentos ortodônticos no setor público de saúde¹⁴. Todavia, isto não exclui a necessidade de implantar a Odontopediatria também no SUS, pois ações de prevenção das lesões de cárie reduziram a procura por intervenções mais complexas, como a reabilitação por meio da Ortodontia.

Além das ações preventivo-educativas com as crianças, foi proposta uma atividade curativa que pudesse controlar as lesões cariosas existentes. O método escolhido para essa finalidade foi o tratamento restaurador atraumático (TRA), pois se trata de uma técnica simples e rápida, pela qual o elemento dentário é restaurado com um material que dificulta as recidivas de cárie, como o ionômero de vidro¹⁵. Essa técnica apresenta vantagens sobre os demais materiais, pois combina adesão e biocompatibilidade, além de o coeficiente de expansão térmica ser similar ao das estruturas dentais¹⁶. A utilização do cimento de ionômero de vidro nas restaurações das crianças do eixo 1 foi uma ótima escolha, devido ao bom comportamento clínico que este material apresentou.

No eixo 2, o foco central foi trabalhar com os educadores das mesmas crianças assistidas pelo eixo 1. O maior objetivo deste eixo do programa foi tornar o conhecimento sobre saúde bucal um tema presente diariamente nas escolas, como conteúdo das disciplinas básicas. Com isso, a equipe executora

se deparou com o PPP (Programa Político-Pedagógico), que é uma estratégia de organização capaz de articular, dentro do planejamento da educação municipal, as ações das escolas e da administração da educação¹⁷. A implantação de disciplinas como a saúde bucal no contexto do PPP das escolas seria importante para levar a prevenção e promoção de saúde aos estudantes e suas famílias, e serviria para fortalecer a relação das redes de educação e saúde nos municípios, assim como já faz o Programa de Saúde na Escola (PSE)¹⁸.

Além do trabalho na escola, o programa levou ações de educação em saúde para as famílias das crianças do eixo 1, pois esta instituição é um aparato de cuidado essencial ao desenvolvimento e à saúde de seus membros¹⁹.

O conselho de mães discutiu as várias formas de transformar hábitos nocivos à saúde em hábitos que levassem os membros das famílias a melhorar a saúde bucal. Apesar do saldo positivo, a maior dificuldade em montar o conselho residiu na falta de disponibilidade de horário das mães, pois as reuniões aconteciam nas escolas durante o expediente, e muitas delas trabalhavam para auxiliar na renda da família. No Brasil, a mulher, gradativamente, deixou de ser apenas procriadora, dona de casa, e passou a ser corresponsável pelo sustento do lar²⁰. Apesar disto, aquelas que integraram o conselho mostraram participação ativa nas reuniões, e as situações existenciais compartilhadas por cada uma das mães serviram como desafio para a descoberta dos seus limites e das possibilidades de promoção da saúde.

O eixo 3, cujo objetivo foi a busca ativa dos cuidadores/responsáveis pelas crianças do eixo 1, trabalhou a autonomia no cuidado, a educação e a promoção de saúde de modo a desenvolver em todos os membros da família melhorias em saúde bucal. As palestras buscaram ressaltar a influência dos pais na educação e na saúde dos filhos, pois é na infância que a família começa a estabelecer os principais vínculos, os cuidados e estímulos necessários ao desenvolvimento e crescimento da criança²¹.

Este trabalho também foi realizado juntamente com os ACS das UBS às quais estas famílias estavam vinculadas, pois, de fato, os ACS são os profissionais que convivem com a realidade local. Eles têm conhecimento acerca dos saberes populares relacionados à saúde, bem como das práticas de saúde da sua área de atuação, além de disporem de referenciais biomédicos, o que possibilita a abertura de um diálogo profundo entre os saberes populares e médico-científicos²². Por isso, os ACS devem ser capacitados sobre diversos aspectos do processo saúde-doença, com o objetivo de contribuir para um melhor desenvolvimento de suas habilidades e, assim, buscar, juntamente com a comunidade, soluções para a melhoria da qualidade de vida das famílias envolvidas no Programa Saúde da Família. Segundo Mialhe *et al.*, muitos agentes não realizam

atividades de educação em saúde bucal, ou o fazem poucas vezes, por não terem sido capacitados para trabalhar com isto²³.

Conforme os questionários aplicados, os ACS responderam que, apesar de haver ligação entre o CD e os agentes dentro das UBS, eles nunca haviam promovido, juntos, atividades de educação em saúde bucal na comunidade, e tais atividades podem ser desenvolvidas tanto pelo CD, quanto pelo técnico em higiene dental (THD), pelo auxiliar de consultório dentário (ACD) e pelo ACS também, principalmente durante as visitas domiciliares²⁴.

A primeira aplicação dos questionários serviu de guia para a construção do curso de capacitação e a segunda para avaliar se os ACS adquiriram conhecimentos adequados acerca da saúde bucal. Notou-se a necessidade de chamar a atenção para o cuidado com os “dentes de leite”, pois mesmo que estejam temporariamente na cavidade oral, os dentes decíduos são importantes para o bom desempenho da função mastigatória e fonética, além de terem relação com a articulação e oclusão do indivíduo; daí a importância de manter os dentes decíduos até que esfoliem naturalmente²⁵.

Após a capacitação, os ACS responderam que dentes com cáries não tratadas e em estágio avançado podem necessitar de tratamentos endodônticos. Os resultados do SB Brasil 2003 e 2010 mostraram que houve redução de 1,62 para 1,21 no componente do CPO relativo aos dentes com cáries não tratadas. Apesar disto, as lesões de cárie não tratadas apareceram como o problema mais prevalente em crianças e adolescentes no Brasil⁷. Também foi abordada uma doença bastante temida pela população, o câncer bucal. Na primeira aplicação do questionário, os ACS responderam que o excesso de fumo e álcool é um fator de risco para o surgimento da doença. Além deste, a exposição crônica à radiação solar também pode ser um fator etiológico do câncer bucal²⁶. É importante destacar esse fato, tendo em vista as altas temperaturas que atingem a cidade de Patos²⁷, município onde este programa atuou.

Atualmente, em Patos, existe apenas um CEO, que é referência para mais de 20 municípios vizinhos. Assim, há longas filas de espera, cobertura insuficiente de serviços e demanda reprimida²⁸, e por isto é tão importante investir na prevenção e educação em saúde. Uma forma de disseminar os conhecimentos necessários nesta área é transmitir à criança, a seu educador, a seus cuidadores e a outros agentes envolvidos com a comunidade, como os ACS, tudo aquilo que seja de interesse da saúde e que possa gerar a adoção de novos hábitos mais saudáveis para a população.

O trabalho multidisciplinar neste programa foi imprescindível para concretizar as ações dos três eixos, visto que todos os grupos trabalhados se interligavam de alguma forma na dinâmica da comunidade.

CONCLUSÃO

A realização de práticas intersetoriais em saúde continua sendo um desafio para as políticas públicas, porém este programa mostrou que é uma prática possível e, quando amparada e incentivada por instituições como universidades, escolas e até UBS, as ações em saúde geral e bucal se tornam mais eficientes.

REFERÊNCIAS

1. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Cien Saude Colet* 2010;15(1):269-276.
2. Taglietta MFA, Bittar TO, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba – SP. *RFO* 2011;16(1):13-17.
3. Faccin D, Sebold R, Carcereri DM. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet* 2010;15(1):1643-1652.
4. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saude Soc* 2004;13(3):5-15.
5. Sá LO, Vasconcelos MMB. A Importância da educação em saúde bucal nas escolas de Ensino Fundamental — Revisão de literatura. *Rev Odontologia Clín-Científica* 2009;8(4):299-303.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 1.ed. Brasília; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília; 2012.
8. Figueiredo CH, Lima FA, Moura KS. Tratamento restaurador atraumático: avaliação de sua viabilidade como estratégia de controle da cárie dentária na saúde pública. *RBPS* 2004;17(3):109-118.
9. Palma A, Martins A, Ferreira R, Rodrigues LM, Cachoeira N, et al. Saúde bucal de crianças de 5 anos de idade de Montes Claros, Brasil. *Unimontes Científica* 2012; 14(1):69-82.
10. Soares JMP, Valença AMG. Avaliação Clínica do potencial terapêutico do Gel e Verniz Fluoretados na remineralização de lesões Cariosas incipientes. *PBOCI* 2003;3(2):35-41.

11. Martelo RP, Junqueira TP, Leite ICG. Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. *Epidemiol Serv Saude* 2012;21(1):99-108.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006: Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). Brasília, 22 mar. 2006.
13. Macedo CR. Cuidados gerais e higiene oral para prevenção de cáries em crianças. *Diagnóstico e Tratamento* 2010;15(4):191-193.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação-Geral de Saúde Bucal Portaria nº 718/SAS de 20 de dezembro de 2010: Exclusão de procedimentos, alteração na estrutura da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais, alteração nos códigos dos procedimentos, inclusão de descrições e atributos de procedimentos – Nota Técnica; Brasília, 2010.
15. Monnerat AF, Souza MIC, Monnerat ABL. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar?. *RBO* 2013;70(1):33-36.
16. Pellegrinetti MB, Imparato JCI, Bressan MC, Pinheiro SP, Echeverria, S. Avaliação da retenção do cimento de ionômero de vidro em cavidades atípicas restauradoras pela Técnica Restauradora Atraumática. *PBOCI* 2005;5(3):209-213.
17. Castro MLS, Werle FOC. Projeto político-pedagógico como instrumento de autonomia nas redes municipais de ensino público. *Perspectiva* 2005;23(01):191-221.
18. Brasil. Presidência da República da Casa Civil Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola — PSE, e dá outras providências. Brasília, 5 dez. 2007.
19. Almeida TF, Vianna MIP. Contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares: uma abordagem quali-quantitativa em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Ciens Med Biol* 2013;12(1):5-14.
20. Guimarães MGV, Petean EBL. Carreira e Família: Divisão de tarefas domiciliares na vida de professoras universitárias. *Rev Bras Orientac Prof* 2012;13(1):103-110.
21. Andrade AS, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saude Publ* 2005;39(4):606-611.
22. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002;18(6):1639-46.
23. Mialhe FL, Lefèvre F, Lefèvre AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação qualiquantitativa. *Cien Saúde Colet* 2011;16(11):4425-4432.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
25. Alencar CRB, Cavalcanti, AL, Bezerra, PKM. Perda precoce de dentes decíduos: etiologia, epidemiologia e consequências ortodônticas. *Publ UEPG Ciências Biológicas e da Saúde* 2007;13(1/2):29-37.
26. Prado BN, Passarelli DHC. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Rev Odontol Univ São Paulo* 2009;21(1):79-85
27. Cavalcante VLU. A centralidade da cidade de Patos-PB: Um estudo a partir de arranjos espaciais. Paraíba; 2008. Mestrado [Dissertação] – Universidade Estadual da Paraíba 117f.
28. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003;19(1):27-34.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Larissa Moreira de Souza, Alynne Macedo e Roberta Cristina Medeiros Pimentel Gusmão, participaram no desenvolvimento do plano de trabalho deste artigo, bem como no preparo do manuscrito. Ana Célia Rodrigues Athayde, Luciana Ellen Dantas Costa e Faldryene Sousa Queiroz, participaram na orientação do trabalho e no preparo e correção do manuscrito. Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega participou coordenando a integração das ações do projeto, orientando os alunos, bem como atuou no preparo, correção e submissão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflito de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba (UFPB) — *Campus I*
Jardim Universitário, s/n
Castelo Branco — João Pessoa
CEP: 58051-900 PB
E-mail: carolbcnobrega@gmail.com