



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

JÉSSICA NASCIMENTO SILVA

**A GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO
INFANTIL: Análise do Programa Sorria Bombeirinho da Policlínica
Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.**

CEILÂNDIA – DF

2013

JÉSSICA NASCIMENTO SILVA

**A GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO
INFANTIL: Análise do Programa Sorria Bombeirinho da Policlínica
Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para
obtenção do grau de bacharel, no curso de Saúde Coletiva da
Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Vanessa Resende Nogueira Cruvinel.

CEILÂNDIA – DF

2013

**A GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO
INFANTIL: Análise do Programa Sorria Bombeirinho da Policlínica
Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.**

JÉSSICA NASCIMENTO SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade de Brasília, Faculdade de
Ceilândia como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em 13 de dezembro de 2013.

Prof.^a Dr.^a Vanessa Resende Nogueira Cruvinel
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Mariana Sodário Cruz
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Prof.^a Dr.^a Olga Maria Ramalho De Albuquerque
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

CEILÂNDIA – DF
2013

Dedico este trabalho

Ao Sr. Carlos Nunes da Silva e a

Sr.^a Maria Francisca Gomes do Nascimento (in memoriam).

Pessoas maravilhosas e extraordinárias.

Onde quer que estejam,

Estão orgulhosos por mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu força e apoio em todos os momentos,

Aos meus pais que não desistiram de mim e são a base de tudo em minha vida,

Ao meu noivo pela paciência e apoio,

À professora Vanessa Resende Nogueira Cruvinel, pela orientação enriquecedora, pela dedicação, pelo apoio, pela paciência e pela compreensão,

À Major Cinthia de Carvalho Gontijo, pela colaboração, dedicação, paciência e atenção durante os meses de coleta de dados,

À Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal pelo acolhimento e colaboração com a coleta de dados,

À banca examinadora pela disponibilização de tempo para participar deste momento extremamente importante em minha vida,

À Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília que me possibilitou essa conquista grandiosa e o prazer de conhecer e aprender com incríveis e brilhantes docentes do curso de Saúde Coletiva.

Muito Obrigada!

"Glorioso São Jorge, em nome de Deus, estenda-me o seu escudo e as suas poderosas armas, defendendo-me com a sua força e com a sua grandeza, e que debaixo das patas de seu fiel ginete meus inimigos fiquem humildes e submissos a vós. Assim seja com o poder de Deus, de Jesus e da falange do Divino Espírito Santo."

Oração de São Jorge

SILVA, Jéssica Nascimento. **A GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL:** Análise do Programa Sorria Bombeirinho da Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. 2013. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Saúde Coletiva - FCE/UnB - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

RESUMO

Introdução: A saúde não é só a ausência de doença, mas um conjunto de bem-estar que a proporcione em totalidade. Esta não depende apenas do indivíduo, mas do ambiente, do seu estado físico, psicológico e social assim como, do acesso às ações e serviços de saúde de qualidade. Assim, o gestor deve compreender a visão do usuário em relação ao serviço de saúde, para que este se sinta seguro e acolhido, para então melhorar a sua qualidade de vida. Para a implantação de um programa, uma gestão em saúde deve ser pró-ativa, qualificada, participativa e atualizada. **Objetivos:** Sob esta perspectiva, este trabalho teve como objetivo analisar a gestão e o programa da linha de cuidado odontológico materno-infantil na Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (PODON – CBMDF). Com isso, descreveu-se o funcionamento da linha de cuidado materno infantil na área de saúde bucal na PODON-CBMDF; Compreendeu-se o papel da gerência do programa dentro da linha de cuidado materno infantil na área da saúde bucal; Observou-se o ingresso e continuidade no acompanhamento do programa ‘Sorria Bombeirinho’ nos anos de 2011 a 2013; Analisou-se a percepção dos responsáveis pelas crianças participantes da primeira fase do programa; Avaliou-se as condições de saúde bucal dos participantes do programa e ao final recomendou-se à gerência melhorias no cuidado da saúde bucal materno infantil para que o usuário se sinta mais seguro e acolhido dentro desta instituição de saúde. **Metodologia:** Esta pesquisa foi do tipo descritiva qualitativa-quantitativa na modalidade Estudo de caso. Ocorreu em 4 etapas: Entrevista com a gestora do programa; Observação direta de palestras e consultas odontológicas dos participantes do programa; Aplicação de questionário aos responsáveis e Análise dos prontuários dos pacientes. **Análise de dados:** Foi utilizado o Software Microsoft Excel 2007 para análise estatística dos dados. Após tabulação e interpretação dos mesmos, foi feito um relatório, e o mesmo foi entregue à gerência do Programa. **Resultados:** A entrevista com a gestora, as observações na palestra inicial e nas consultas odontológicas mostraram uma interação positiva entre a instituição, o programa e os responsáveis das crianças. Os questionários aplicados aos pais identificaram que estes estão muito satisfeitos com as ações e serviços do programa e da instituição. A análise dos prontuários mostrou que, das 75 crianças analisadas, 67 (89%) não apresentaram enfermidade bucal durante o acompanhamento. **Conclusão:** Dessa forma, o programa mostra-se efetivo na prevenção de cárie precoce na primeira infância.

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

SILVA, Jéssica Nascimento. **MANAGEMENT IN ORAL HEALTH IN THE LINE OF MATERNAL CHILD CARE:** Analysis of Program Sorria Bombeirinho Dental Polyclinic of the Fire Brigade of the Federal District. 2013. 78 f. Completion of course work (Graduation) - Saúde Coletiva - FCE/UnB - Faculty of the University of Brasilia Ceilândia, Brasília, 2013.

ABSTRACT

Introduction: Health is not merely the absence of disease but a set of well-being that provides for totality. This depends not only on the individual, but the environment, the physical, psychological and social status as well as access to programs and services quality healthcare. Thus, the manager must understand the user's view in relation to the health service, so that it feels safe and welcomed, and then improve their quality of life. For the implementation of a program, a health management should be proactive, knowledgeable, participatory and updated. **Objectives:** In this perspective, this study aimed to examine the management and the maternal and child dental care line in the Dental Polyclinic Fire Brigade Federal District program (PODON - CBMDF). Thus, described the operation of child and maternal care line in the area of oral health in PODON - CBMDF; understood the role of program management within the maternal and child care line in the area of oral health; observed the entry and continuity in monitoring the 'Sorria Bombeirinho' program in the years 2011 to 2013, analyzed the perception of the guardians of the children participating in the first phase of the program; evaluated whether the oral health status of program participants and the final recommended improvements to the management of oral health care in maternal child for the user to feel more secure and accepted within this health institution. **Methodology:** This study was a qualitative-quantitative descriptive study mode in case. Direct observation of lectures and dental appointments of program participants; Application Questionnaire to managers and Analysis of the patients' interview with the program manager: occurred in 4 steps. **Data Analysis:** Microsoft Excel 2007 software was used for statistical analysis. After tabulation and interpretation of them, a report was made, and the same was handed over to the management of the Program. **Results:** The interview with the manager, notes in lecture and in the initial dental visits showed a positive interaction between the institution, the program and the caretakers. The questionnaire to parents identified that they are very satisfied with the actions and services of the program and the institution. The analysis of the records showed that of the 75 children studied, 67 (89 %) had oral disease during follow-up. **Conclusion:** Thus, the program appears to be effective in preventing early childhood caries in early childhood.

Key-words: Mother-Child Relations. Child care. Pregnant. Dental care. Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Fluxograma do Programa Sorria Bombeirinho
- Figura 2 Nível de escolaridade dos responsáveis
- Figura 3 Conhecimento dos responsáveis quanto à uma boa educação em saúde bucal
- Figura 4 Tipo de aleitamento ao ingressar no Programa
- Figura 5 Grau de Risco à cárie ao ingressar no Programa
- Figura 6 Enfermidade bucal apresentada pela criança durante o acompanhamento
- Figura 7 Frequência de faltas durante o acompanhamento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Opinião dos responsáveis quanto ao programa

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATF	Aplicação tópica de flúor - espuma fluoretada ou verniz com flúor
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CD	Cirurgiã-dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DS	Diretoria de Saúde
FCE	Faculdade de Ceilândia
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
GQT	Gestão da Qualidade Total
LC	Linha de Cuidado
ODA	Orientação da Dieta Alimentar - Cariogenicidade dos alimentos
OHB	Orientação Higiene Bucal
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PODON	Policlínica Odontológica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 GERAL.....	19
3.2 ESPECÍFICOS	19
4. REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1 SAÚDE.....	20
4.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
4.3 LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL	22
4.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	24
4.5 SAÚDE BUCAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL.....	25
4.6 PROGRAMA CÁRIE ZERO	26
4.7 GESTÃO EM SAÚDE	27
4.8 POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA DO CBMDF	28
4.9 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	29
5. METODOLOGIA.....	31
5.1 ASPECTOS ÉTICOS	31
5.2 TIPO DE ESTUDO	31
5.2.1 Estudo descritivo	31
5.2.2 Abordagem qualitativa-quantitativa	32
5.2.3 Estudo de caso.....	32
5.2.4 Natureza aplicada	32
5.2.5 Pesquisa de campo	32
5.3 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	32

5.4 SUJEITOS DE PESQUISA.....	33
5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
5.5.1 Entrevista.....	34
5.5.2 Observação direta.....	34
5.5.3 Aplicação do questionário.....	35
5.5.4 Análise dos prontuários	36
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	36
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6.1 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PROGRAMA SORRIA BOMBEIRINHO.....	38
6.2 ENTREVISTA COM A GESTORA DO PROGRAMA.....	40
6.3 OBSERVAÇÃO DIRETA	42
6.3.1 Palestra Inicial	42
6.3.2 Consultas	42
6.4 RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS RESPONSÁVEIS.....	44
6.4.1 Questões gerais:	44
6.4.2 Questões específicas ao programa:	45
6.5 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS.....	50
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	64
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	65
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	66
ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DO PROGRAMA SORRIA BOMBEIRINHO.....	67
APÊNDICES	68
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A GESTÃO DO PROGRAMA ...	69
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS	70

APÊNDICE 3 – RELATÓRIO FINAL PARA SER ENTREGUE À PODON	72
--	----

1. INTRODUÇÃO

A saúde não é só a ausência de doença, mas um conjunto de bem-estar que a proporcione em totalidade. Esta não depende apenas do indivíduo, mas do ambiente, do seu estado físico, psicológico e social. Depende de ações e serviços que são proporcionados por outras pessoas e entidades. De acordo com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, na Declaração de Alma-Ata (1978, p.1):

D) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) garante a todo cidadão brasileiro o direito à saúde através de políticas sociais e econômicas, visando a diminuição de riscos de agravos e doenças com ações e serviços para a promoção, prevenção e recuperação de saúde de forma universal e igualitária. Todos os cidadãos têm direito à saúde, desde a sua concepção até a morte. Deve-se tratar de forma universal, integral e igualitária respeitando as diferenças.

Nas últimas décadas, a promoção da saúde tem sido uma ferramenta extremamente importante para o aumento na qualidade de vida, pois além de prevenir doenças envolve as pessoas na atenção ao cuidado da saúde. Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, na Carta de Ottawa (1986, p.1) há o conceito de promoção da saúde que é utilizado até os dias de hoje:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A saúde de um indivíduo, ou de uma família, é sempre influenciada por uma cultura, seja ela local, social ou individual. Geralmente são de práticas advindas da representação materna. Desde o princípio da humanidade, a mulher é vista como a base forte de cada família, é a mãe, aquela que cuida do filho desde a gravidez, cuida da alimentação, da

vestimenta, da educação e do modo de viver. Ela não cuida apenas do filho, a mulher cuida de toda família. É ela que encaminha para os cuidados médicos, é ela que se preocupa, ou seja, é a agente do cuidado da família. Dentro dos serviços de saúde há uma versão para essa continuidade ao tratamento, sendo colocado sob as linhas de cuidado.

A linha de cuidado é um processo de integralidade entre ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) para o melhor atendimento ao usuário, buscando a melhoria de saúde e de qualidade de vida. A linha de cuidado deve ter uma visão de uma linha reta, onde se ligam os pontos, que são os atendimentos nos serviços, ou seja, essa linha deve ser contínua, não deve ser fragmentada. Dentre as linhas de cuidado, existe a materno-infantil que começa na gravidez, onde há os primeiros cuidados entre mãe e filho.

Na linha de cuidado materno-infantil é enfatizada a questão do vínculo entre a mãe e o filho para benefício da saúde de ambos. O vínculo materno criado desde a descoberta da gravidez é utilizado para cuidados de saúde, seja física ou psicológica. Após o nascimento, que há o primeiro contato, o filho por não estar mais dentro do ventre da mãe precisa de uma atenção maior, um relacionamento com a mãe mais íntimo, isso vai proporcionar ao filho a sensação de segurança o que faz com que o vínculo entre eles seja mais forte. A amamentação é um forte acontecimento para fortalecer mais ainda este vínculo, pois a criança tem a necessidade de se alimentar e estar junto da mãe. Com a amamentação, a criança consegue saciar a sua fome, quando ao mesmo tempo consegue olhar diretamente no rosto de sua mãe. Essa linha passa por cuidados no pré-natal, no parto, cuidados no puerpério, cuidados à saúde da mulher e à saúde da criança, sempre envolvendo os dois juntos, pois a mãe é a condutora deste cuidado.

Nesta linha de cuidado, através do vínculo e apego entre mãe e filho, os profissionais de saúde conseguem associar ações e serviços que proporcionem o bem estar de ambos. Alguns serviços desenvolvidos nessa linha de cuidado são na área da Saúde Bucal, onde a mãe começa a cuidar da saúde bucal do filho desde o seu nascimento, o que de fato diminui os riscos precoces de doenças e agravos.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) formulada e lançada na agenda política brasileira em 2004, tem o propósito de recuperar o direito do brasileiro à atenção em saúde bucal. Esta recebeu o nome de Programa Brasil Sorridente, que compreende um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, exercendo atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, consequentemente aumentando a qualidade de vida dessas pessoas. Na PNSB (2004, p.3), diz que:

A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

Ainda de acordo com a PNSB (MS, 2004) “a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva”. Essas ações devem estar integradas aos outros setores como, por exemplo, nutrição e acesso à água tratada, entre outros, que possam influenciar negativamente ou positivamente na saúde bucal das pessoas. Essa integralidade entre os setores deve ser pactuada entre os gestores, para que estes estabeleçam metas para serem realizadas e alcançadas.

O Distrito Federal, com todas as influências quanto à prevenção, desde o final da década de 80, apresentou um programa de atendimento precoce chamado Programa Cárie Zero. O objetivo deste programa é a redução das doenças bucais em bebês e crianças nos primeiros anos de vida, principalmente com a participação, cooperação e colaboração dos responsáveis. Conta com alguns fatores que potencializam seu sucesso, tais como: ações educativo-preventivas, rede de serviços estratificada e regionalizada, possibilidade de acesso da população ao serviço e boa aceitação popular dos programas de atenção primária da rede básica de serviços nos campos de saúde materno-infantil (ALENCAR, 1997).

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

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

Para implantar este programa, uma gestão em saúde deve ser pró-ativa, qualificada, participativa e atualizada, deve conhecer todas as necessidades dos seus usuários, não apenas nos problemas, mas em suas expectativas para melhorar a qualidade de vida. Um gestor deve atender a todos sem distinção levando em conta o princípio da equidade. Deve usar sempre como base da sua gestão o planejamento estratégico, monitoramento e avaliação dos serviços prestados. Deve estar sempre atento à opinião de cada usuário, seja reclamação, sugestão ou elogio. O gestor de saúde deve estar preparado para as adversidades no trabalho e para as emergências, para que a instituição de saúde, de sua responsabilidade, não fique sem oferecer serviços por uma gestão má planejada.

De acordo com Schraiber, et al, (1999, p.230):

Se o plano é uma orientação para a ação, uma proposição de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador, essa modalidade de atuar é como se fosse um trabalhar sobre trabalhos, fundado na necessidade de racionalização do trabalho produtor direto dos cuidados, pois a finalidade do planejamento é instruir e a da gestão é processar tal instrução sobre processos de intervenção em saúde. Planejamento e gestão realizam ação estratégica quanto ao trabalho em saúde.

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

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

Neste trabalho foi analisado o funcionamento da Gestão em Saúde Bucal na Linha de Cuidado Materno-Infantil da Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (PODON – CBMDF) assim como, o impacto do programa **Sorria Bombeirinho** e a percepção dos usuários em relação ao mesmo.

2. JUSTIFICATIVA

A opção por este estudo foi impulsionado pela convivência da pesquisadora, de muitos anos, com a Policlínica do CBMDF e o desconhecimento do funcionamento da atenção em saúde bucal para as crianças.

A noção de linha de cuidado infelizmente é desconhecida pela maioria dos usuários dos sistemas de saúde, mas é uma ação importante a ser desenvolvida com base na integralidade de ações e serviços de saúde para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A linha de cuidado materno-infantil é uma continuidade bastante importante na vida da mãe e da criança, pois o vínculo criado desde a gestação entre a mãe e o bebê é algo extremamente positivo para este início que começa no pré-natal e vai até o crescimento e desenvolvimento da criança, buscando sempre a melhora de saúde de ambos. A mãe é um fator determinante na saúde das crianças, pois é ela a responsável pelos cuidados envolvendo a criação, a educação, a alimentação, o que vestir, como agir, o que é certo e o que é errado. Ela é a responsável pelo cuidado familiar. Quando alguém da família adoece, é ela quem leva para os serviços de saúde, é ela quem cuida dos processos terapêuticos, ou seja, ela é a base do cuidado familiar. Na saúde bucal não deve ser diferente, a promoção e prevenção devem ser realizadas a partir do cuidado no pré-natal, ensinando a gestante como cuidar da sua saúde e da saúde bucal de seu filho. Período que vai desde a gestação até a amamentação e os primeiros anos de vida do bebê.

A continuação da linha de cuidado não é uma tarefa fácil para o gestor de uma instituição de saúde. Deve-se estar ciente dos pontos fortes e fracos da integralidade entre os serviços, para assim, ter um preparo maior para as adversidades nesta trajetória. O gestor deve ter a visão do usuário para o serviço de saúde, para que este se sinta seguro e continue o seu trajeto pela linha, tendo a responsabilidade do cuidado. Conhecer a tarefa de um gestor em uma linha de cuidado é algo interessante e atraente, para assim, como futura sanitária conhecer algumas possibilidades de áreas de atuação.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a gestão e o programa da linha de cuidado odontológico materno-infantil na Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (PODON – CBMDF).

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1 Descrever o funcionamento da linha de cuidado materno infantil na área de saúde bucal na Policlínica do CBMDF;

3.2.2 Indicar o papel da gerência do programa na PODON-CBMDF dentro da linha de cuidado materno infantil na área da saúde bucal;

3.2.3 Mapear o ingresso e continuidade no acompanhamento do programa ‘Sorria Bombeirinho’ na PODON-CBMDF, nos anos de 2011 a 2013;

3.2.4 Analisar a percepção dos responsáveis pelas crianças participantes da primeira fase do programa;

3.2.5 Avaliar as condições de saúde bucal dos participantes do programa;

3.2.6 Propor à gerência melhorias no cuidado da saúde bucal materno infantil para que o usuário se sinta mais seguro e acolhido dentro desta instituição de saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SAÚDE

Entender a saúde é algo que o ser humano faz desde a sua criação. De acordo com Carvalho e Buss (2008, p.141) “a luta contra a dor, o sofrimento, a incapacidade e, sobretudo, contra a morte sempre mobilizou as energias humanas, as suas capacidades racionais, as suas emoções, para explicar e assim intervir nesses fenômenos”.

O esforço humano para compreender e intervir no processo saúde-doença encontrou os determinantes físicos, metafísicos, naturais, sociais, individuais ou coletivos. Esses determinantes mostraram que a doença funcionava como uma ‘entidade’ que se apossava do corpo ou um resultado de um desequilíbrio interno e externo. Hoje mobilizam progressivamente refinados saberes, produzem e distribuem em larga escala conhecimentos científicos e tecnológicos, em busca de desvendar os processos biológicos e sociais. No centro desse processo, está o conceito da saúde como uma complexa produção social em que os resultados para o bem-estar da humanidade são cada vez mais o fruto de decisões políticas incidentes sobre os seus determinantes sociais. Encontra-se então um sistema que a sociedade organiza o cuidado da saúde de seus cidadãos para responder às suas necessidades. Os serviços de saúde, os hospitais e centros de saúde, profissionais, o conjunto dos equipamentos e tecnologias, partem do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem apenas de situações físicas ou genéticas, mas são direta ou indiretamente influenciados pelas relações sociais e econômicas que geram o acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e um ambiente que proporciona saúde e qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008).

Piola et al (2009, p.109), mostra que no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, expressa o significado do direito à saúde:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Ainda sobre o direito à saúde no Brasil, a CF/88, Título VIII, Capítulo II, Seção II, Art. 196, diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômica que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação.

O Art. 196 da CF/88 incorporou uma compreensão específica da determinação social da saúde mediante a indicação de que as políticas sociais e econômicas devem concorrer para a ‘redução do risco de outros agravos’. Com isso, a compreensão social da saúde não está desenhada pela noção utilitarista do bem-estar, mas, sim, pela noção de risco como componente de uma visão epidemiológica da determinação social da saúde. O artigo ainda ressalta uma diretriz de política pública para a garantia de ações e serviços atinentes à saúde: ‘acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’ (PIOLA, et al, 2009).

4.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O movimento da promoção da saúde, inspirado na reforma do sistema canadense, concretizou-se a partir da Carta de Ottawa através da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. Carvalho e Buss (2008, p. 154) afirmam que:

O que caracteriza a promoção da saúde modernamente é considerar como foco da ação sanitária os determinantes gerais sobre a saúde. Saúde é assim entendida como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

A promoção da saúde deve ser entendida como estratégia para o processo de reformulação de práticas sanitárias, emerge como o ponto de partida para o enfrentamento de desafios. As ações de promoção da saúde incluem os indivíduos, suas famílias, e os territórios geopopulacionais onde vivem e trabalham, tendo em conta um amplo arco de possibilidades individuais e comunitárias que passam por geração de trabalho e renda dignos, provimentos de habitação e alimentação suficientes e saudáveis, saneamento adequado, lazer e cultura da paz e da não violência, dentre outros, objetivando, mediante defesa da saúde, fazer que as condições de vida saudável sejam cada vez mais possíveis, favorecendo escolhas pessoais em prol da saúde (KUSMA, MOYSÉS E MOYSÉS, 2012).

A educação em saúde bucal é um componente do processo de promoção da saúde que visa à mudança comportamental do indivíduo. Trata-se de conscientizar as pessoas ao invés de apenas procurar educá-las, esta pode ser realizada por meio de entrevista pessoal, palestras

em geral, dramatização, cartazes, criação de grupos específicos, cartas, jornais, televisão, entre outros meios de comunicação. O contato pessoal frequente entre os membros da equipe de saúde e o indivíduo e sua comunidade é a maneira mais eficaz de se alcançar o sucesso em educação em saúde bucal. Na Odontologia não basta apenas educar, mas torna-se também necessário fazer o possível para solucionar os problemas de cada comunidade, tornando as condições favoráveis do meio ambiente para que elas mantenham uma qualidade de vida adequada. A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou população alvo a atingir. Pode estar dirigida à população em geral, a uma comunidade limitada, aos frequentadores de um centro de saúde, aos alunos de uma escola, aos familiares de pacientes ou alunos, finalmente, a cada paciente em cada consulta (PINTO, 2008).

4.3 LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

Novos conceitos foram desenvolvidos a partir do princípio de que a educação gera hábitos de vida saudáveis, surgindo então a necessidade de uma atuação precoce, no intuito de manter a saúde, antes mesmo de prevenir a doença (HANNA, NOGUEIRA e HONDA, 2007).

O crescimento e desenvolvimento de uma criança são reflexos da herança genética e fortemente influenciados pelo meio ambiente, principalmente ao que se refere a doenças e nutrição. Por essa razão, as ações para o atendimento de crianças devem priorizar a promoção da saúde, seguida da prevenção, diminuindo, então, o risco de desenvolvimento de enfermidades (MOURA; MOURA e TOLEDO, 2007).

Sendo assim, Fadel, Saliba e Moimaz (2008, p.42), dizem que:

A influência das interações sociais sobre o cuidado à saúde infantil tem sido bastante estudada e frequentemente associada à figura materna. Este saber feminino constrói-se socialmente, ou seja, todos os conhecimentos maternos são produtos sociais, que se aprendem através do caminho da socialização, ao aceitar-se certos valores e normas de conduta. Sendo assim, o saber materno do cuidado a saúde, no âmbito doméstico, edifica-se através da experiência das mulheres na interação com diferentes espaços e agentes sociais, os quais vão conformando uma gama de conhecimentos, naturalmente transferidos aos que estão proximamente ao seu redor. Sem dúvida, a interação social na vida cotidiana das mulheres é uma realidade compartilhada com a sociedade e com seus próprios filhos, devendo, portanto, ser profundamente considerada nos processos de cura e adoecer infantis.

A figura materna, a mãe, é a responsável pelos hábitos de vida em geral, pela alimentação, pelo momento de dormir e até sobre o quê vestir. Quando adoecer uma criança de

sua família, ela é quem a leva ao serviço de saúde, atenta às medidas preventivas e curativas, levando sempre em consideração a sua sabedoria e experiência de vida. Com elas que as crianças aprendem normas culturais, valores e códigos que lhes proporcionem a construção da própria imagem social e representação. Imagina-se que estes atributos constituam componente básico de cada identidade social e um dos determinantes essenciais para as normas de comportamento (FADEL; SALIBA; MOIMAZ, 2008).

Finkler, Oleiniski e Ramos (2004, p.361), ainda dizem:

Mas para que as mães possam efetivamente desempenhar seus papéis de promotoras de saúde necessitam, primeiramente, serem pessoas saudáveis. É necessário reconhecer a mulher como ser integral que é, não simples reprodutora, mas sujeito de sua saúde e de sua própria vida. Assim será capaz de gerar e manter vidas igualmente saudáveis.

A linha de cuidado (LC) é alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços, esta passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde, nessa entrada ao sistema, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros. O esperado é um “caminhar” na rede de serviços que seja seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. Lembrando que esse processo não acaba no momento em que estabelece o projeto terapêutico, pois a ideia da LC é garantir a integralidade do usuário dentro do sistema. (MALTA E MERHY, 2010).

Para a Secretária de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (2010, p. 20) “o acompanhamento pré-natal e da saúde materno-infantil é o recurso que mais pode oferecer apoio, suporte e proteção para a criança e sua família”.

A linha de cuidado materno-infantil estimula a promoção da saúde, prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde da gestante e do bebê, desde a concepção até os primeiros anos de vida da criança, estabelecendo um cuidado integral para ambos. Na linha de

cuidado materno-infantil, usa-se muito como ferramenta o vínculo criado entre a mãe e o filho para benefício e promoção da saúde de ambos.

A participação materna nos cuidados relacionados à saúde dos filhos compreende a construção social da mulher como agente de cuidado. Com o estabelecimento do vínculo, supõe-se o estabelecimento da responsabilidade sobre o outro. Em termos de saúde, a coresponsabilidade, não o individual materno, mas a construção do conjunto: família e serviço de saúde. Os cuidados prestados à saúde, no âmbito familiar, são resultados de interações sociais, de práticas retiradas da representação materna sobre saúde e doença e das práticas disseminadas na população pelo modelo médico hegemônico. Acreditando que as mães têm papel fundamental dentro da família, em relação a saúde, compreende-se que o “cuidar” tradicionalmente atribuído à mulher, não é biológico nem natural, mas socialmente construído (FADEL, SALIBA e MOIMAZ, 2008).

No momento da gestação, a mulher se mostra receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam ser revertidas em benefício do bebê. Com isso, as atitudes e escolhas maternas certamente refletirão no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável. Normalmente, a mulher tem o papel-chave dentro da família, cuidando da sua saúde e de seus entes, conseqüentemente, se torna multiplicadora de informações e ações, como hábitos e escolhas saudáveis, que possam levar ao bem-estar da família e promovendo e mantendo a melhora da qualidade de vida. Assim, ações educativas e preventivas voltadas para as gestantes tornam-se fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde geral e bucal e possa introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança (REIS; et al, 2010).

4.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A elaboração da PNSB iniciou-se em 2003 e foi lançada em 2004, com o propósito de recuperar o direito do cidadão brasileiro à atenção em saúde bucal. No documento que mostra as diretrizes da PNSB, do Ministério da Saúde, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2004, p. 8) afirma que:

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção

da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

4.5 SAÚDE BUCAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

A saúde bucal na linha de cuidado materno-infantil acompanha inicialmente as gestantes, pois estas possuem uma motivação, em potencial, para cuidar da própria saúde bucal pensando nos filhos e para buscar informações sobre os cuidados que deverão ser tomados com a saúde bucal dos bebês. É extremamente necessário colocar as gestantes em contato com a Odontologia durante o período pré-natal, para que recebam toda a orientação profissional necessária e para que sejam encaminhadas ao tratamento preventivo, pois mulheres saudáveis e que saibam se cuidar efetivamente promoverão a saúde de seus filhos (FINKLER, OLEINISKI e RAMOS, 2004).

Os hábitos e comportamentos maternos influenciam na saúde bucal de seus filhos. O contato frequente entre a mãe e a criança pode causar uma contaminação e transmissibilidade precoce das bactérias. As mães são as primeiras a infectar seus filhos com bactérias cariogênicas, sugerindo que seu número de dentes cariados, perdidos e obturados podem ser um bom indicador de experiência com cárie em suas crianças. Esse é um aspecto importante que deve ser avaliado, pois o quanto antes a criança for contaminada por micro-organismos cariogênicos, maior o risco de desenvolver cárie precocemente. Adicionalmente, a experiência de cárie da mãe e do pai tem mostrado um impacto negativo sobre a saúde bucal dos filhos (CASTILHO et al, 2013).

Os cuidados iniciais com a saúde bucal são extremamente importantes para evitar casos de cárie infantil. Hanna, Nogueira e Honda (2007, p.272) comentam que:

O atendimento ao bebê e, conseqüentemente, a educação e motivação dos pais em relação à saúde bucal são as formas mais práticas, simples, eficazes e de baixo custo para se realizar programas de saúde pública. Para evitar a instalação de cáries em bebês, vem aumentando a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância; e com isso manter a saúde bucal das crianças, uma vez que os hábitos alimentares adquiridos pelas crianças estão relacionados com os hábitos da mãe e com nível de conhecimento com sua saúde.

Os hábitos de escovação dos pais influenciam os comportamentos de escovação dos filhos. Em idades diferentes na infância, os hábitos de escovação devem ser apresentados e praticados diariamente às crianças por seus pais ou cuidadores. Uma abordagem educativa direcionada para crianças e seus pais os ajudaria a diminuir o número de lesões por cáries, conseqüentemente, apresentar saúde bucal e qualidade de vida melhores (CASTILHO et al, 2013).

Os primeiros anos de vida correspondem ao período que acontece o maior desenvolvimento físico, psíquico e social, então este momento é ideal para inserir itens positivos relacionados à saúde bucal. Quando a criança observa sua mãe escovando os dentes, por exemplo, e depois vai tentar sozinha, repetir a ação, esta está se adaptando a prática de escovar os dentes, porém para que isso seja fixado, deve-se repetir o exemplo várias vezes. Esse processo é chamado de assimilação, onde a criança aprende algo novo, aumentando as suas capacidades e conseqüentemente se tornando mais madura. Outro aspecto é a alimentação da criança, pois esta se desenvolve em ambiente familiar e social, vinculada principalmente à mãe, ou seja, refletindo um aspecto afetivo e cultural. Nesse caso, deve-se usar como ação de promoção da saúde bucal uma dieta saudável e a formação de bons hábitos alimentares, prevenindo então a cárie dentária na primeira infância. Esses são papéis fundamentais para uma futura saúde bucal do filho (FADEL; SALIBA; MOIMAZ, 2008).

De acordo com a Teoria de Jean Piaget(1996, p. 13), define a assimilação como:

Uma integração à estruturas prévias, que podem permanecer invariáveis ou são mais ou menos modificadas por esta própria integração, mas sem descontinuidade com o estado precedente, isto é, sem serem destruídas, mas simplesmente acomodando-se à nova situação. A construção do conhecimento ocorre quando acontecem ações físicas ou mentais sobre objetos que, provocando o desequilíbrio, resultam em assimilação ou, acomodação e assimilação dessas ações e, assim, em construção de esquemas ou conhecimento. Em outras palavras, uma vez que a criança não consegue assimilar o estímulo, ela tenta fazer uma acomodação e após, uma assimilação e o equilíbrio é, então, alcançado.

4.6 PROGRAMA CÁRIE ZERO

A Cárie é um processo resultante da perda mineral do dente que inicia com uma mancha branca (fase inicial) e pode evoluir até cavidade e a perda dentária, recorrente do desequilíbrio no meio bucal. A cárie em estágio inicial, com diagnóstico precoce e medidas de controle, pode ser paralisada. Entretanto, a cárie em estágio mais avançado deverá ser tratada

de forma invasiva, retirando tecido dentário cariado e restaurando o dente em questão (TOLEDO, 2005).

O 'Cárie Zero' é um programa onde faz a inclusão do tratamento odontológico desde o pré-natal. Ao nascer, o bebê já tem as primeiras consultas, onde as mães recebem orientações de como fazer a sua limpeza bucal e a de seu futuro bebê. Ao nascer, o bebê continua no programa e a idade limite para participar do mesmo é 03 anos de idade. Após isso, se a mãe desejar, a criança pode continuar o acompanhamento por tempo indeterminado, com atendimento gratuito e humanizado (HUMANIZASUS, 2010).

Dentro da PODON-CBMDF, o programa 'Sorria Bombeirinho' segue os princípios e diretrizes do programa 'Cárie Zero'. Para que um programa, como o Sorria Bombeirinho, funcione de acordo com seus princípios e diretrizes, este deve ter uma gestão que possa entender o seu público alvo, as suas necessidades e dificuldades. Uma gestão que se preocupe com a opinião dos usuários, que não tenha apenas uma visão de presente, mas de passado e futuro, e que esteja pronta para as adversidades e problemas encontrados no caminho. Sendo assim, o programa fluirá bem com poucos problemas ao longo de sua execução ou até mesmo a extinção de problemas que podem fazer com que o programa para de funcionar.

4.7 GESTÃO EM SAÚDE

Lobato e Giovanella (2008, p.137) afirmam que:

Gestão é a função de organizar e estruturar a prestação de ações e serviços nos sistemas de saúde. Traçar as diretrizes, planejar, financiar e contratar serviços, estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações. Os gestores têm papel cada vez mais relevante nos sistemas, porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, profissionais ou empresas. Os gestores são também importantes na articulação política com os diversos atores sociais: movimentos sociais, corporações, associações profissionais e instâncias de controle social. Nesse sentido, a gestão em saúde é muito mais do que uma função administrativa, é também política.

Uma gestão pró-ativa e qualificada busca para a sua instituição uma qualidade total nas suas ações e serviços. Os preceitos da Gestão da Qualidade Total (GQT) é representado pela capacidade de resolver todos os problemas e atender todas as necessidades ligadas à gestão das organizações. Seus conceitos e práticas foram seguidos por empresas dos mais diversos setores e segmentos, que buscavam melhorar produtos e o atendimento aos consumidores, bem como sistematizar o processo de definição de diretrizes anuais através do

planejamento estratégico. Na década de 80, pesquisadores utilizavam esse modelo em busca do “milagre japonês”, com isso a GQT deixou bons frutos, Nos últimos anos, muitas organizações foram administradas de acordo com os preceitos da GQT, cuja projeção mundial ocorreu na década de 80 do século recém-findo, quando pesquisadores buscavam explicações para o chamado “milagre japonês”. Naquela década, a GQT era apresentada, em alguns casos aceita, principalmente na gestão dos processos de trabalho e no desdobramento das metas da organização mediante o uso da ferramenta da Qualidade denominada Gerenciamento pelas Diretrizes (LIMA, CAVALCANTI e PONTE, 2004).

Com essa evolução do conceito de Qualidade, surgiu o entendimento de que o mesmo era fundamental no posicionamento estratégico da empresa perante o mercado. Algum tempo depois, percebeu-se que o planejamento estratégico da empresa enfatizando a qualidade não era suficiente para seu sucesso, surgiu-se então o conceito de satisfação do cliente, este foi ampliado para outras entidades envolvidas com as atividades da empresa. O termo Qualidade Total passou a representar a busca da satisfação, não só do cliente, mas de todos os *stakeholders* (entidade significativa na existência da empresa) e também da excelência da gestão da empresa. Porém nota-se que, apesar de que o discurso da qualidade total enfatiza expressões como satisfação, participação e comprometimento de ambas as partes, no dia-a-dia das empresas o que se verifica é simplesmente o aumento da pressão por resultados sobre os funcionários, pois estes devem produzir mais e melhor, dentro de padrões especificados pela direção. Muitos autores consideram a GQT o modelo que melhor estimula a criatividade em todos os níveis da organização e que melhor possibilita uma sistemática de acompanhamento e ações corretivas nos processos operacionais (LIMA, CAVALCANTI e PONTE, 2004).

A gestão da qualidade enfatiza um processo de transformação cultural, que não é rápido, é um processo lento em que o investimento da empresa deve ser concentrado nas pessoas, na tentativa de conscientização para a necessidade de mudança, tendo como meta principal o envolvimento de todos os membros da instituição na busca da qualidade. A qualidade de vida também deve ser uma preocupação compreendida e incorporada á GQT (MÔNACO e GUIMARÃES, 2000).

4.8 POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA DO CBMDF

A Policlínica Odontológica (PODON) do CBMDF, justifica sua existência ao proporcionar a toda comunidade bombeiro-militar a indispensável assessoria aos assuntos relacionados à saúde geral e bucal. Os objetivos básicos de sua atuação são garantir, seja por

meio da prevenção, seja por meio dos atendimentos diretos, a assistência e a cura das principais patologias para que os componentes da Corporação e suas famílias tenham melhor qualidade de vida. Ainda na Lei 8.255 de 20 de novembro de 1991, fala sobre a PODON-CBMDF, Título II, Capítulo III:

Art. 24. Os órgãos de apoio compreendem:

I – a Academia de Bombeiros Militar;

II – as Policlínicas: (Redação dada pela Lei nº 12.086, de 2009).

a) Policlínica médica, e (Incluído pela Lei nº 12.086, de 2009).

b) Policlínica odontológica; e (Incluído pela Lei nº 12.086, de 2009).

III – os Centros, em número máximo de 12 (doze). (Redação dada pela Lei nº 12.086, de 2009).

Art. 26 - As Policlínicas são órgãos de apoio ao sistema de saúde, incumbidas da assistência médica, odontológica, farmacêutica e sanitária à família bombeiro-militar, conforme dispuser a lei. (Redação dada pela Lei nº 12.086, de 2009).

4.9 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação da qualidade de um serviço de saúde é uma importante ferramenta para a organização do serviço, pois, quando executada da forma correta, oferece informações que podem passar despercebidas. A iniciativa de se avaliar um serviço de saúde passa pela necessidade de se analisar e julgar as ações e atividades desenvolvidas com a finalidade de se conhecer e modificar uma situação que poderá ser apresentada mediante a tomada de novas decisões principalmente no que diz respeito aos serviços de saúde, já que os mesmos estão direta e intrinsecamente interligados com a satisfação do próprio usuário e o mais importante, com o direito de cada cidadão de possuir um serviço de saúde de qualidade.

Ao se avaliar um serviço ou programa de saúde, identifica-se uma situação específica, reconhecida como problema e utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor. Desse modo, a avaliação deve ser compreendida como uma estratégia para decidir como enfrentar problemas e não como algo inquisidor ou de caráter enfadonho (TANAKA & MELO, 2001).

A avaliação de serviços de saúde deve ser uma ação permanente realizada tanto por instituições maiores que já realizam o serviço de fiscalizar e monitorar, quanto pelo principal ator deste processo, o usuário. Saber a percepção do usuário sobre o serviço que está sendo prestado é uma ferramenta que ajuda a melhorar o que está sendo oferecido. Saber o que deve ser alterado e o que deve permanecer para indicar novos caminhos a serem tomados.

Dessa maneira, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que possibilita a tomada de decisões da maneira mais racional possível em face dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde (CESAR & TANAKA, 1996).

Os métodos de avaliação sobre a satisfação dos usuários devem ser voltados a produzir respostas, propor alternativas e fortalecer o desenvolvimento do setor saúde. Para isso, devem considerar os usuários como sujeitos que interagem com outros atores e que participam do processo de produção de saúde. As informações advindas dessas avaliações devem ser utilizadas para se pensar em práticas e alternativas voltadas a melhoria das condições de vida. Assim, as avaliações de satisfação dos usuários podem servir como ferramenta para estudar as relações interpessoais que ocorrem no âmbito da saúde e do controle social (COSTA, COTTA, FRANCESCHINI, et al, 2010).

5. METODOLOGIA

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

O Administrador da PODON-CBMDF, a odontopediatra responsável pelo Programa “Sorria Bombeirinho” na PODON-CBMDF e a diretora da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB), assinaram os Termos de Concordância para a realização dessa pesquisa. Para poder utilizar os dados dos livros e planilhas de anotações, a Major Cinthia assinou o Termo de Uso de Materiais. Tivemos livre acesso aos livros e planilhas após as assinaturas dos documentos citados.

Para aceitar a participar desta pesquisa, os responsáveis pelas crianças participantes da primeira fase do programa no período de 2011 a 2013 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO 1), onde estão todas as informações necessárias para a pesquisa, sendo que uma cópia assinada ficou com o participante e outra, também assinada, conosco.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde e Medicina da Universidade de Brasília (FS/UnB), sendo acompanhado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 20755213.0.0000.0030 e Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética (ANEXO 2).

5.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa-quantitativa na modalidade estudo de caso, de natureza aplicada, onde realizou-se uma pesquisa de campo na Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, para analisar e avaliar os benefícios do programa ‘Sorria Bombeirinho’.

5.2.1 Estudo descritivo

O estudo descritivo busca descrever os fatos de uma determinada realidade.

5.2.2 Abordagem qualitativa-quantitativa

Tanto a pesquisa quantitativa quanto a pesquisa qualitativa apresentam diferenças com pontos fracos e fortes. Entretanto, os elementos fortes de um complementam as fraquezas do outro

A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (GERHARDT, 2009).

5.2.3 Estudo de caso

O estudo de caso trata-se de um método de pesquisa que utiliza, geralmente, dados qualitativos, coletados a partir de eventos reais, com o objetivo de explicar, explorar ou descrever fenômenos atuais inseridos em seu próprio contexto. Caracteriza-se por ser um estudo detalhado e exaustivo de poucos, ou mesmo de um único objeto, fornecendo conhecimentos profundos. Embora estudos de casos sejam aplicados, de forma geral, em pesquisas exploratórias e explicativas, também podem ser usados em pesquisas descritivas (BRANSKI, FRANCO e JÚNIOR, 2010).

5.2.4 Natureza aplicada

A pesquisa de natureza aplicada gera conhecimentos para aplicação prática intencionados para resolver problemas específicos.

5.2.5 Pesquisa de campo

A pesquisa de campo é caracterizado pelas investigações, além de pesquisa bibliográfica e/ou documental, é realizada também a coleta de dados com as pessoas.

5.3 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A PODON-CBMDF foi criada pela Lei Nº 12.086, de 6 de Novembro de 2009, mas o serviço odontológico iniciou-se em 1977 com um dentista civil. De 1981 a 1994 o atendimento odontológico era realizado por três dentistas civis cedidos pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Em 1987 foi criado o quadro de bombeiros militar de saúde.

É um órgão fundamental de atuação da Diretoria de Saúde (DS), representando a divisão especializada nas afecções de origem bucal. Atualmente a PODON-CBMDF conta com 73 profissionais de saúde, sendo eles 28 cirurgiões dentistas, 21 bombeiros militares e 24 auxiliares em saúde bucal terceirizados. A direção conta com o Tenente Coronel José Francisco Gonçalves Júnior, que também atua como odontólogo, com a especialidade cirurgião dentista.

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

5.4 SUJEITOS DE PESQUISA

Amostra da pesquisa: Todas as 75 crianças de 0 a 2 anos participantes da primeira fase do programa ‘Sorria Bombeirinho’ de 2011 a 2013, seus responsáveis e a odontopediatra.

Os critérios de inclusão foram: ser usuário da PODON-CBMDF, participar do Programa Sorria Bombeirinho, fazer parte da primeira fase do programa de 2011 a 2013, e aceitar participar desta pesquisa assinando o TCLE. Os critérios de exclusão compreenderam: dados que não façam parte de usuários da PODON-CBMDF, crianças que não participam do Programa Sorria Bombeirinho, crianças que não fazem parte fase do programa de 2011 a 2013, dados ilegíveis e/ou incompletos e convidados que se recusarem a participar da pesquisa.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa envolveu quatro eixos: entrevista com a gestora do programa, observação direta de palestras e consultas odontológicas dos participantes do programa, aplicação de questionário aos responsáveis e análise dos prontuários dos usuários.

5.5.1 Entrevista

Na entrevista, semiestruturada, com a gestora do programa buscou-se conhecer a relação da direção da PODON com os profissionais de saúde e a relação da gerência do programa com os usuários para compreensão do conhecimento e a interação da gestora com programa e suas atividades (APÊNDICE 1).

O roteiro da entrevista foi previamente realizado pela autora baseado em estudos feitos pela mesma durante o período da graduação.

A entrevista constitui uma técnica alternativa para se coletar dados não documentados sobre determinado tema, trata-se de uma técnica de interação social, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de informação. Na entrevista semiestruturada o pesquisador organiza um roteiro sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo, complementando o tema principal (GERHARDT, 2009).

5.5.2 Observação direta

Foi realizada observação direta, sistemática, passiva ou não-participante, da palestra inicial e das consultas realizadas pelo programa para conhecer o funcionamento deste como um todo. O objetivo deste mecanismo foi entender o caminho do usuário da PODON no programa, desde a sua entrada, passando pelos tratamentos até a sua saída para a clínica geral atentando-se principalmente para o acolhimento ofertado ao usuário.

Roteiro de observação:

- Entrada do usuário;
- Recepção da instituição e da odontopediatra (acolhimento);
- Acompanhamento do usuário;
- Participação dos usuários;
- Satisfação dos usuários.

Para Gerhardt (2009, p. 74), a observação é:

É uma técnica que faz uso dos sentidos para a apreensão de determinados aspectos da realidade. Ela consiste em ver, ouvir e examinar os fatos, os fenômenos que se pretende investigar. A técnica da observação desempenha importante papel no contexto da descoberta e obriga o investigador a ter um contato mais próximo com o objeto de estudo.

Na observação sistemática o pesquisador não se integra ao grupo observado, presenciando os acontecimentos sem participar dele, realizando a função de espectador, ou seja, não se deixa envolver pelas situações.

5.5.3 Aplicação do questionário

Todos os responsáveis, que acompanham as crianças nas consultas, participantes da primeira fase do programa, foram convidados a responder ao questionário semi-estruturado de autopreenchimento para analisar e constatar o quanto estes estão cientes da importância do programa e das recomendações orientadas pela odontopediatra, tanto na palestra inicial quanto nas consultas (APÊNDICE 2).

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

O questionário foi dividido em:

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

Para analisar as notas de 0 a 10 dadas ao programa, estas foram caracterizadas em três grupos: < 5 (pouco satisfatório); ≥ 5 e < 7 (satisfatório) e ≥ 7 (muito satisfatório).

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

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

Para Gerhardt (2009, p. 69 e 70):

O questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante, sem a

presença do pesquisador. Objetiva levantar opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas. A linguagem utilizada no questionário deve ser simples e direta, para que quem vá responder compreenda com clareza o que está sendo perguntado.

5.5.4 Análise dos prontuários

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

A situação em que a criança ingressou no programa de acordo com o grau de risco de cárie foi classificado em: alto, médio e baixo risco. O alto risco de cárie foi indicado para crianças que durante acompanhamento não realizam higiene bucal após as refeições, a ingestão de doces é frequente, fazem uso de mamadeira noturna, não consomem água fluoretada e apresentam mancha branca ou cárie. O médio risco foi indicado para crianças que realizam higiene bucal sem regularidade, ou seja, quando acham necessário ou apenas por recomendação da dentista durante a consulta, consomem açúcar com frequência, não dormem mamando, consomem água fluoretada e não apresentam mancha branca ou cárie. O baixo risco foi indicado para crianças que realizam a higiene bucal de maneira correta, após as refeições, têm baixo consumo de açúcares, não dormem mamando, são expostos ao flúor e não apresentam mancha branca e/ou cárie (PINTO, 2008).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Através da análise das respostas, dos questionários aplicados aos responsáveis pelas crianças, a análise de prontuários, a entrevista com a gestora do programa e a observação direta da palestra inicial e de consultas, avaliou os benefícios do programa para os usuários.

Nos dados qualitativos, resultados da entrevista com a gestora e da observação direta da palestra inicial e das consultas, foi feita a análise de conteúdo, obtendo a descrição das respostas da entrevista e da observação direta.

Visando dar consistência interna às operações, a análise de conteúdo inicia-se pela leitura das falas, realizada na transcrição de entrevistas, depoimentos e documentos. Normalmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas

(significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características, por exemplo, variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem (GERHARDT, 2009).

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

Ao final foi produzido um relatório sobre o programa e seus benefícios para os usuários nesta instituição. Este relatório será entregue à diretoria/gerência da PODON-CBMDF (APÊNDICE 3).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PROGRAMA SORRIA BOMBEIRINHO

O Programa Sorria Bombeirinho realiza uma palestra inicial que funciona como uma "porta de entrada" para os usuários do programa. Para este, são convidados as gestantes e crianças de 0 a 2 anos e 11 meses que ainda não são acompanhadas pelo programa. A palestra tem o título 'Cuidando da saúde bucal da mamãe e do bebê', onde a odontopediatra ministra uma aula sobre promoção e prevenção da saúde bucal desde a gravidez acompanhada por uma nutricionista militar da corporação. Nesta palestra os responsáveis marcam a primeira consulta e assinam a Declaração do Programa (ANEXO 3), onde estão descritos os objetivos e as regras principais. Após a primeira consulta, de acordo com o risco de cárie, são marcados os retornos que podem ser mensais, trimestrais e semestrais. A criança que apresentar cárie cavitada durante o tratamento e ocorrer faltas não justificadas são reencaminhados para a palestra inicial.

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

Após estudos, análises e acompanhamentos durante a coleta de dados na PODON-CBMDF foi construído um Fluxograma do Programa Sorria Bombeirinho, para mapear o caminho realizado pelo usuário na linha de cuidado materno-infantil, desde a entrada, até o acompanhamento, incluindo todos os procedimentos executados e as regras para permanência no programa (Figura 1).

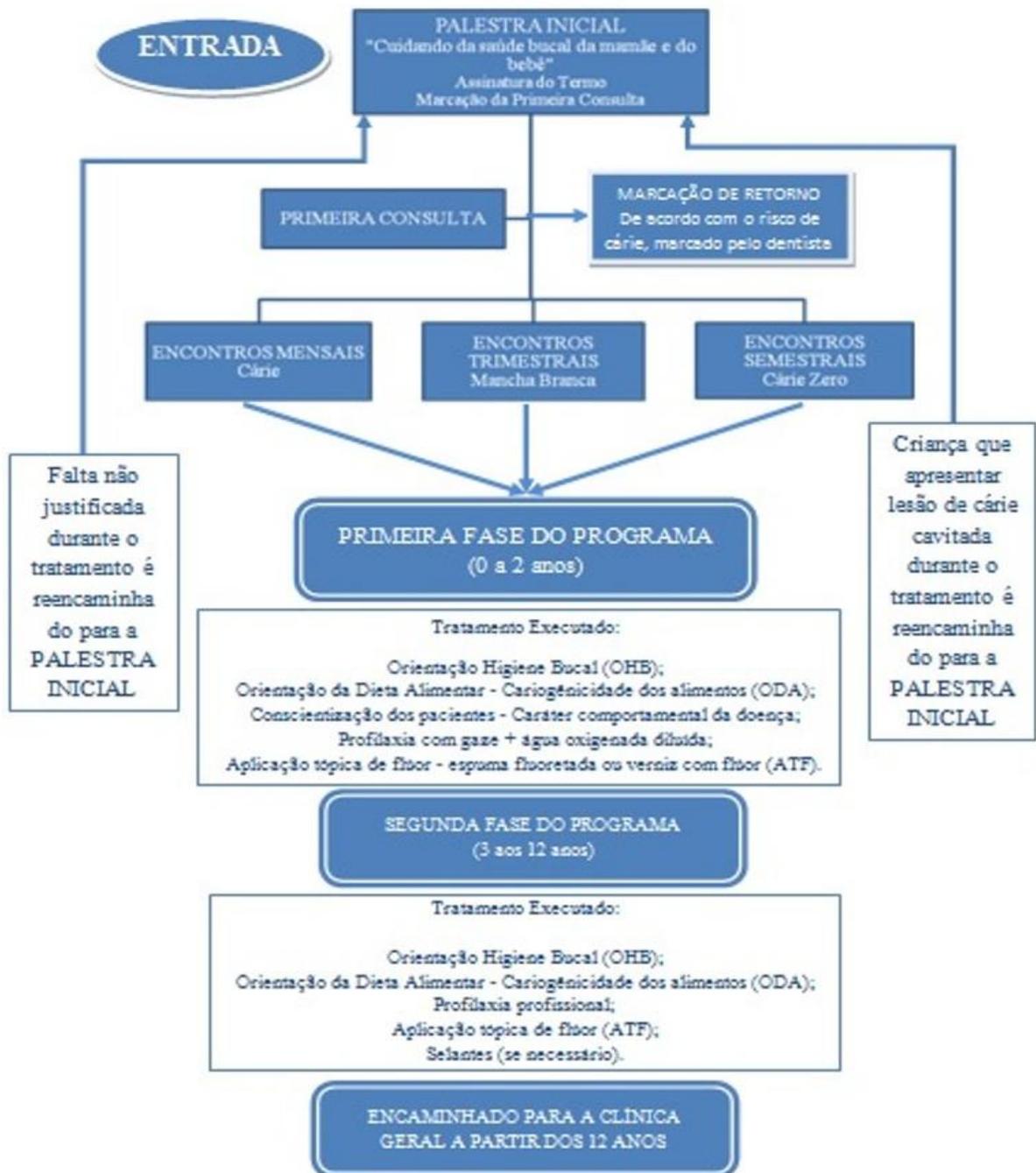


Figura 1: Fluxograma do Programa Sorriso Bombeirinho

Fonte: Elaborado pela autora com base no acompanhamento do programa.

6.2 ENTREVISTA COM A GESTORA DO PROGRAMA

A entrevista com a gestora do programa foi realizada a partir de um roteiro montado anteriormente pela pesquisadora (APÊNDICE 1). Nesta, buscou-se entender a visão do programa por parte da gerência, considerando que esta visão é fundamental, pois a gerência deve conhecer bem o que é oferecido e as atividades desenvolvidas no mesmo. Segundo Lessa e Vettore (2010), a avaliação das ações de saúde bucal foi marcada como uma medida estritamente administrativa e pouco compartilhada entre as equipes de saúde bucal. Apesar da avaliação em saúde bucal ainda ser recente nos serviços de saúde, a junção de metodologias, o uso dos sistemas de informação e de documentos de gestão podem contribuir no desenvolvimento desta.

Atualmente a gestora e odontopediatra do programa Sorria Bombeirinho é Major do Quadro de Oficiais Bombeiro Militar, na área da saúde. Esta possui pós-graduação em odontopediatria e está nessa função há 3 anos. A partir da entrevista foram observados os seguintes aspectos: A gestora enfatiza que existe uma ótima relação entre a gerência da PODON e os profissionais de saúde; Na PODON, são realizadas reuniões bimestrais entre a gerência e os profissionais de saúde para saber os problemas, as demandas, considerações e opiniões de cada, assim como reuniões científicas mensais.

Segundo a gestora, os usuários podem expor a sua opinião através da Ouvidoria geral do CBMDF. Completa dizendo que as qualidades da PODON são o acolhimento, o respeito entre os profissionais, a disposição e o comprometimento de todos. Porém, há o que se melhorar. Como em toda instituição onde os profissionais são comprometidos existe uma busca constante de melhoria. Hoje, a melhoria deles está voltada para a marcação de consultas via internet e melhoria das instalações com a construção de um novo prédio.

A Major afirma que a linha de cuidado é o acompanhamento e a prevenção de doenças bucais, como a cárie em crianças de 0 a 12 anos, e na PODON existe o programa Sorria Bombeirinho, onde este é importante, pois estimula, orienta e conscientiza as crianças e seus cuidadores da importância dos cuidados bucais, levando-se em conta o caráter comportamental da doença.

Os papéis desempenhados a ela são coordenar, atender os pacientes e realizar o levantamento dos dados para análise de resultados. Por fim, declarou que com o programa de acompanhamento odontológico de crianças pode-se notar uma grande mudança de comportamento nos pacientes e seus responsáveis, resultando numa melhor condição bucal e baixo índice de cárie.

A entrevista expôs a dedicação e interação entre a gerência da PODON, com a gerência do programa, e com o programa como um todo. Essa interação dentro de uma instituição é extremamente importante, pois o compartilhamento de situações oferece a estrutura de uma rede de atenção, nesse caso, em saúde bucal. Isto é reforçado pelo estudo de Tanaka e Tamaki (2012) onde salientou-se que a gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações, para isso ela tem que encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os seus objetivos. Após o encontro dessa combinação, ela é institucionalizada através da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos, envolvendo-se na rede de atenção á saúde.

A rede de atenção em saúde bucal busca o bem-estar do usuário e dos profissionais de saúde, com a integralidade dos serviços, desde o acolhimento até o acompanhamento pós-clínico de cada usuário.

A rede proporciona uma ideia de ligação entre pontos, com isso, pode-se dizer que a gestão está mais próxima dos profissionais e, conseqüentemente, dos usuários, buscando sempre melhorar os serviços ofertados.

6.3 OBSERVAÇÃO DIRETA

6.3.1 Palestra Inicial

A palestra inicial do Programa "Cuidando da saúde bucal da mamãe e do bebê" é realizada semestralmente. O convite para a participação da palestra é feito via Boletim Geral do CBMDF, onde os Bombeiros Militares acompanham as notícias gerais da corporação.

Neste é informado data, horário, quantitativo de vagas e local da palestra. A palestra inicial é voltada para gestantes e crianças de 0 a 2 anos e 11 meses que ainda não são acompanhados pelo Programa. De acordo com o estudo realizado por Finkler, Oleiniski e Ramos (2004) é extremamente necessário colocar as gestantes em contato com a Odontologia durante o período pré-natal, pois elas possuem uma motivação, em potencial, para cuidar da própria saúde bucal pensando nos filhos e para buscar informações sobre os cuidados que deverão ser tomados com a saúde bucal dos bebês.

A palestra possui um caráter informativo e educacional, tratando de promoção e prevenção da saúde bucal. Esta é ministrada pela gestora do programa, que é também a odontopediatra que realiza os procedimentos durante as consultas, e por uma nutricionista militar da corporação. Os temas abordados são: cuidados sobre saúde bucal nos primeiros anos de vida das crianças, como prevenir hábitos e doenças bucais, como é a cárie de acometimento precoce e dieta alimentar. Existe uma boa participação dos responsáveis, que interagem fazendo perguntas e esclarecendo dúvidas, o que reflete a motivação dos mesmos sobre o tema.

Ao final da palestra a odontopediatra entrega um kit aos responsáveis, este kit é composto de pasta de dente e uma caderneta de agendamento, onde a primeira consulta clínica da criança é marcada. Após a primeira consulta clínica, o paciente é remarcado pela própria odontopediatra. O tempo do retorno é de acordo com o risco de cárie da criança, podendo variar de 1 a 6 meses.

Essa palestra inicial do programa é uma ação de educação em saúde com enfoque coletivo. A abordagem coletiva faz com que haja uma interação entre as pessoas de forma enriquecedora, pois há trocas de experiências e de aprendizados, de forma complementar.

6.3.2 Consultas

As consultas odontológicas realizadas no Programa ocorrem em uma sala exclusiva da odontopediatria na PODON. Esta sala contém muitos brinquedos levados pela Major responsável pelo programa, onde isso se torna um atrativo para as crianças e faz com que estas se sintam mais a vontade, e conseqüentemente, mais acolhidas.

Na chegada, antes dos procedimentos, a odontopediatra faz perguntas ao responsável sobre a alimentação, respiração e horários de dormir e se alimentar, inclusive o tipo de aleitamento. Após essa conversa, o responsável se deita na cadeira de atendimento com a criança em seu colo, para a realização dos procedimentos. A odontopediatra inicia os procedimentos dialogando com a criança, com o incentivo do responsável, para a criação do vínculo. Ao final do atendimento, a odontopediatra faz recomendações aos responsáveis e entrega um brinde (geralmente brinquedos pequenos, como lápis, presilhas de cabelo, balões, carrinhos pequenos, etc.) à criança para que esta se sinta valorizada pela sua ida ao consultório odontológico.

Nas consultas acompanhadas, notou-se o vínculo criado, desde a palestra inicial, entre a odontopediatra e os responsáveis pelas crianças. Neste vínculo, observou-se o comprometimento e a lealdade nas consultas odontológicas. Os responsáveis se sentem seguros ao responder as perguntas feitas pela odontopediatra, pois o programa é aceito e bem visto pelos responsáveis.

A odontopediatra é considerada um elo importantíssimo no processo da promoção e prevenção da saúde bucal. Os responsáveis ouvem atentamente os conselhos da dentista e até se comprometem da em serem corresponsáveis pela saúde bucal de suas crianças, adotando hábitos mais saudáveis. Muitas crianças já possuem uma certa intimidade com a odontopediatra, ficam felizes ao chegarem no consultório, a cumprimentam carinhosamente, assim como a auxiliar de saúde bucal.

Isso é o resultado de um atendimento humanizado. Segundo Finkler, Oleiniski e Ramos (2004) o ideal compartilhado é o de uma prática odontológica mais humanizada, conseqüentemente, mais saudável, onde há respeito da dignidade dos indivíduos, assim promovendo a saúde geral através da saúde bucal, melhorando a qualidade de vida da sociedade.

6.4 RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS RESPONSÁVEIS

Considerando as crianças da primeira fase do programa de 2011 a 2013, 75 crianças estão em acompanhamento. O questionário foi entregue aos 75 responsáveis, destes, 43 responderam o questionário.

6.4.1 Questões gerais:

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

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

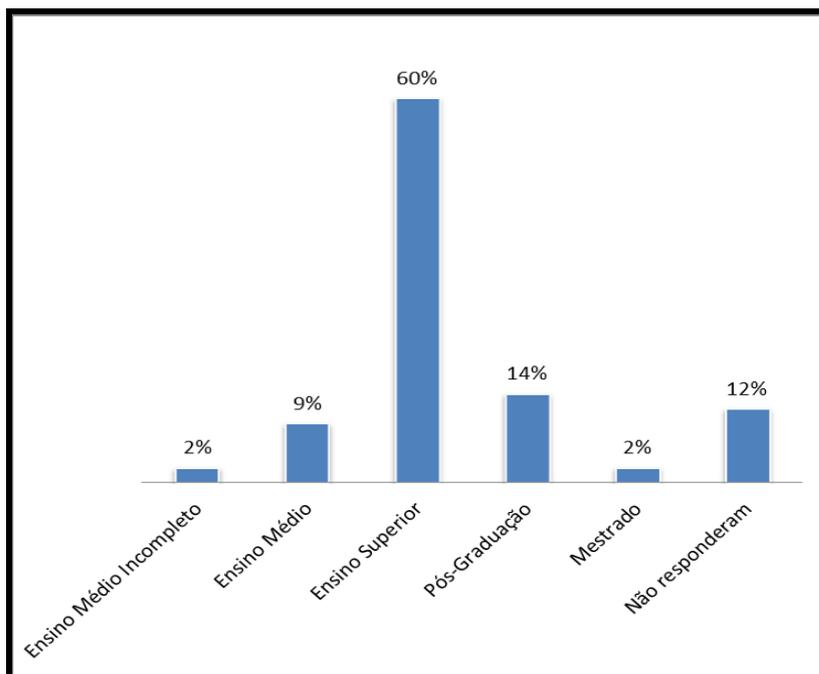


Figura 2: Nível de escolaridade dos responsáveis

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

6.4.2 Questões específicas ao programa:

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

Tabela 1: Opinião dos responsáveis quanto ao programa.

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

Os próximos itens foram perguntas em relação ao acolhimento da Policlínica e do programa: 96% dos responsáveis disseram estarem satisfeitos com os serviços da PODON, 98% afirmaram que o programa é relevante para a saúde bucal do filho e 95% afirmaram que

a Palestra Inicial do programa é importante. Isso nos mostra a grande satisfação dos pais com o acolhimento do serviço, tanto em relação com a instituição quanto com o programa.

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

Isso deixa claro que as recomendações feitas pela profissional são vistas pelos responsáveis como medidas importantes para a saúde bucal das crianças. Para Finkler, Oleiniski e Ramos (2004, p. 367) esse vínculo criado inicialmente entre a cirurgiã-dentista (CD) e os responsáveis é primordial, sendo que este será reestruturado pelo vínculo entre a CD, os responsáveis e a criança e mais tarde pelo vínculo CD e criança. Isso é a formação de um círculo de saúde que recomeça a cada nova geração, trazendo benefício a todos os participantes.

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

Os pais, ao responderem quando se deve fazer a limpeza bucal da criança, 69% disseram após a alimentação, 29% afirmaram três vezes ao dia e 2% não responderam. Este resultado mostra a preocupação e o aprendizado sobre a higiene bucal das crianças, levando em consideração a alimentação, que é um componente que merece destaque. A alimentação enquanto prática se desenvolve no convívio familiar e social. A presença de uma dieta saudável e a formação de bons hábitos alimentares vem sendo associada à prevenção da cárie dentária na primeira infância (FADEL, SALIBA e MOIMAZ, 2008).

Para saber quais instrumentos de limpeza bucal eram realizados pelos responsáveis para a higienização bucal das crianças, foram mostradas itens de múltipla escolha, onde os responsáveis poderiam responder mais de uma alternativa: 31% com fio dental, 48% com escova de dente e dentifrício sem flúor, 11% com escova de dente e dentifrício com flúor, 3%

escova de dente molhada com água, 6% gaze úmida e 1% não responderam. A primeira fase do programa envolve crianças de 0 a 2 anos, aquelas que ainda não apresentaram o primeiro dentinho devem realizar a higiene bucal com gaze úmida. As crianças que já apresentam o primeiro dentinho ou mais devem realizar a higiene com escova de dente e dentifrício sem flúor, devido ao fato da criança ainda não saber cuspir.

O programa recomenda a escovação com dentifrício sem flúor, pois, a ingestão de flúor em crianças de 0 a 6 anos pode causar Fluorose Dental onde Lima e Cury (2001, p. 577) afirmam que é um defeito de formação do esmalte, resultante da ingestão de flúor durante o desenvolvimento do dente. O comprometimento estético depende do período que a criança é submetida.

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

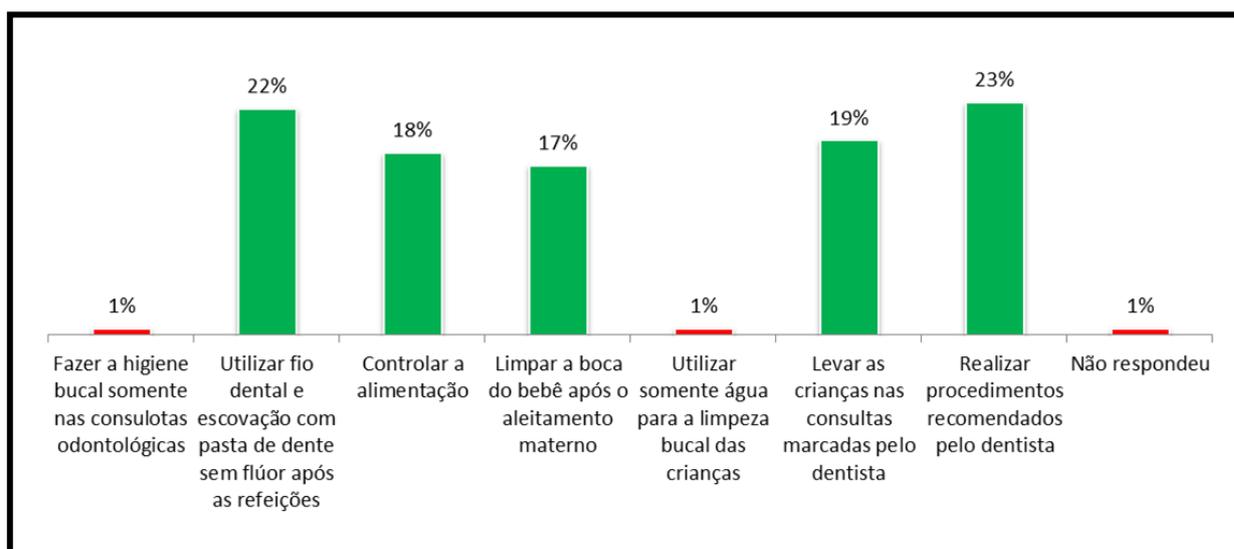


Figura 3: Conhecimento dos responsáveis quanto à uma boa educação em saúde bucal

Levando em consideração que o programa recomenda: a utilização do fio dental e a escovação com dentifrício sem flúor após as refeições, indica o controle da alimentação; a higienização bucal em bebês após o aleitamento; o comparecimento nas consultas agendadas e a realização em casa dos procedimentos recomendados pela odontopediatra, constatou-se que os responsáveis conseguiram absorver as ações e procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal nas crianças de 0 a 2 anos. Este dado se equivale ao resultado do estudo de Kuhn e Wambier (2007), onde é enfatizado que a educação prévia dos pais,

eliminando os fatores de risco em idade precoce, é uma das condutas mais importantes na prevenção da cárie. Isso depende da qualidade e do acesso dos pais às medidas educativas e preventivas e do reforço constante na construção deste conhecimento, mas para isso é preciso investir em educação e na melhoria das condições sócio-econômicas, além de estimular a solidariedade coletiva e a auto-estima, para que o nível de saúde seja melhorado.

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

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

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

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

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

6.5 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

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

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

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

De acordo com a análise de prontuários de 75 crianças participantes do programa, 43 (57%) são do sexo masculino e 32 (43%) do sexo feminino. Constatou-se que as 48 crianças possuem aproximadamente 2 anos, 23 possuem aproximadamente 1 ano e 4 possuem entre 1 mês e 1 ano. Estes dados mostram que mais da metade da amostra iniciou o acompanhamento odontológico entre os 2 anos de idade, levando em conta os cuidados com o aleitamento e a dieta alimentar inicial, isso pode ser considerado atraso ou descaso na procura de atendimentos odontológicos para as crianças. De acordo com o estudo realizado 2008, Fadel, Saliba e Moimaz (2008, p.46) expõe que o período de maior desenvolvimento, psíquico e biológico, é na fase inicial da vida, sendo, então, o momento ideal para a inserção de aspectos positivos relacionados à saúde geral e à saúde bucal.

De acordo com a idade de ingresso da criança ao programa, observou-se que, mesmo com as palestras para as gestantes e crianças de 0 a 2 anos, apenas 60% dos pais levam as crianças até 6 meses de idade para o acompanhamento na saúde bucal. Levando em

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

Levando em consideração que a maioria das crianças analisadas possuem entre 1 e 2 anos, destas 7% ingressaram em 2011, 33% em 2012 e 60% em 2013, ou seja, a maioria das crianças ingressaram em 2013. Com este dado podemos considerar que os responsáveis resolvem levar as crianças ao odontólogo pela primeira vez após completarem 1 ano de vida, isso pode ocorrer pela espera do nascimento do primeiro dente da criança, ou, pode ser também, por uma maior divulgação do programa seguida de um aumento da quantidade de vagas disponíveis nas palestras iniciais. Em um estudo realizado por Kramer *et al* (p. 153, 2008), afirma que essa demora ou falta pela procura de atendimento odontológico é resultado da falta de uma política de incentivo e apoio às medidas de atenção odontológica precoce, isso se dá tanto pela população quanto pelo setor.

Analisou-se o tipo de aleitamento que as crianças estavam recebendo ao ingressar no programa. Procurou-se mostrar com este dado o quanto as crianças estavam em risco com a alimentação essencial nos primeiros anos de vida (Figura 4).

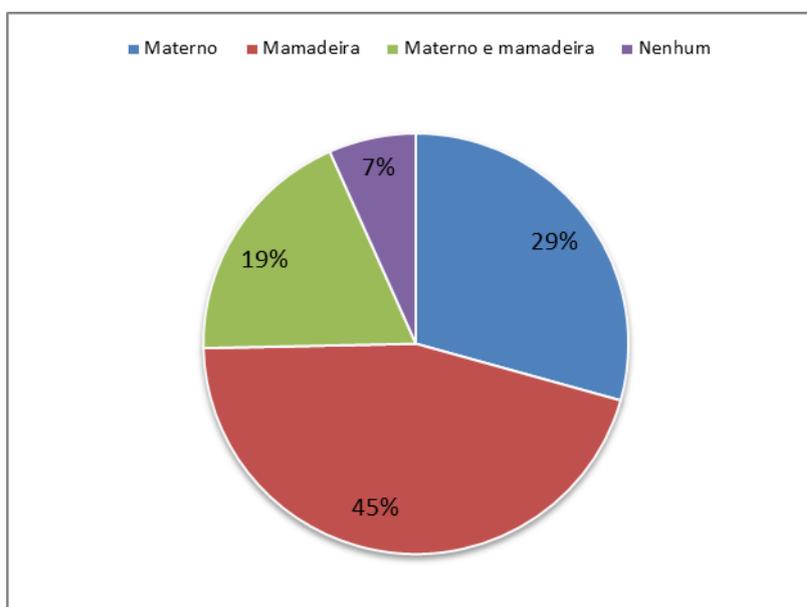


Figura 4: O tipo de aleitamento ao ingressar no Programa.

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

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

Vinculado ao tipo de aleitamento em que a criança recebia ao ingressar no programa, verificou-se também o grau de risco inicial, ou seja, o quanto a criança estava propícia a adquirir cárie se não houvesse nenhuma intervenção (Figura 5).

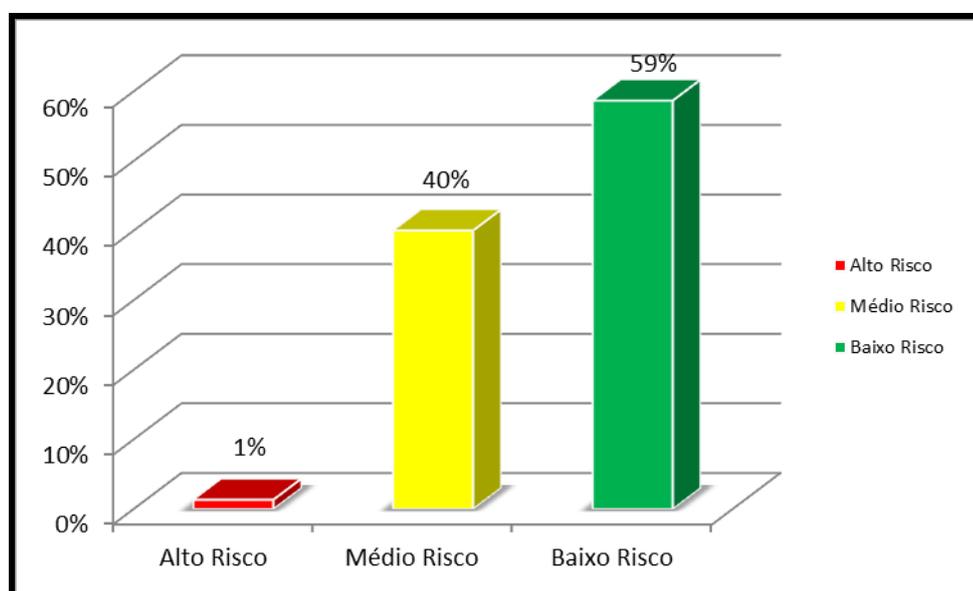


Figura 5: Grau de Risco à cárie ao ingressar no Programa.

Em um estudo realizado por Moura, Moura e Toletto (2007), a cárie precoce da infância é a instalação da doença cárie dentária em crianças menores de três anos. Isso é considerado um problema de saúde pública, pois quando acometidos, acontece o irrompimento dos dentes e isso está associado aos hábitos alimentares nesse período, como a amamentação noturna, o alto consumo de carboidratos fermentáveis e a negligência na higiene bucal nos primeiros anos de vida. Das 75 crianças, 1 (1%) entrou em alto risco, 30 (40%) com médio risco e 44 (59%) com baixo risco. Isso é um dado positivo para o programa pois ele oferece uma palestra inicial que inclui as gestantes onde são abordadas ações de educação, promoção e prevenção na saúde bucal. Esse dado reflete que este cuidado inicial

pré-programa está acontecendo de forma eficaz onde o risco da criança de adquirir cárie, considerando a maioria 99%, é reduzido com as ações preventivas oferecidas pelo programa.

A Figura 6 mostra a proporção de crianças que apresentaram mancha branca e cárie dentária durante o acompanhamento no programa.

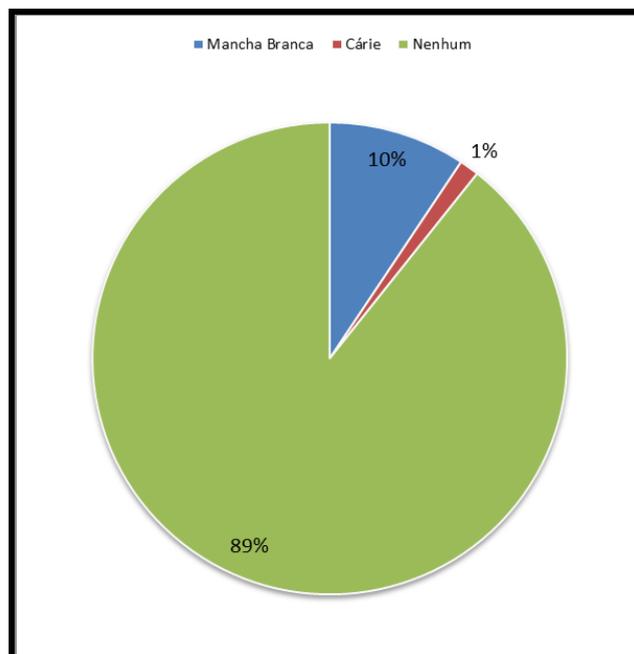


Figura 6: Enfermidade bucal apresentada pela criança durante o acompanhamento pelo Programa.

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

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

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

Outro fator que pode ter contribuído para este excelente resultado pode estar relacionado com o grau de instrução dos responsáveis, onde 85% deles possuem nível de escolaridade acima do ensino médio. Em estudo realizado por Kuhn e Wambier (2007) com a amostra de 122 crianças com acompanhamento em programa preventivo, onde a maioria dos seus responsáveis não possuíam o ensino fundamental completo, apenas 50,2% não apresentaram nenhum tipo de enfermidade, 15% mancha branca, 9,8% apresentaram cárie incipiente, e 25% lesões cavitadas. Estes resultados mostram a importância do nível de escolaridade dos responsáveis para a manutenção da saúde bucal de seus filhos.

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

Com isso, averiguou-se as faltas destas 75 crianças acompanhadas pelo programa de 2011 a 2013. Lembrando que os responsáveis, ao início do acompanhamento, são informados sobre as faltas (Figura 7).

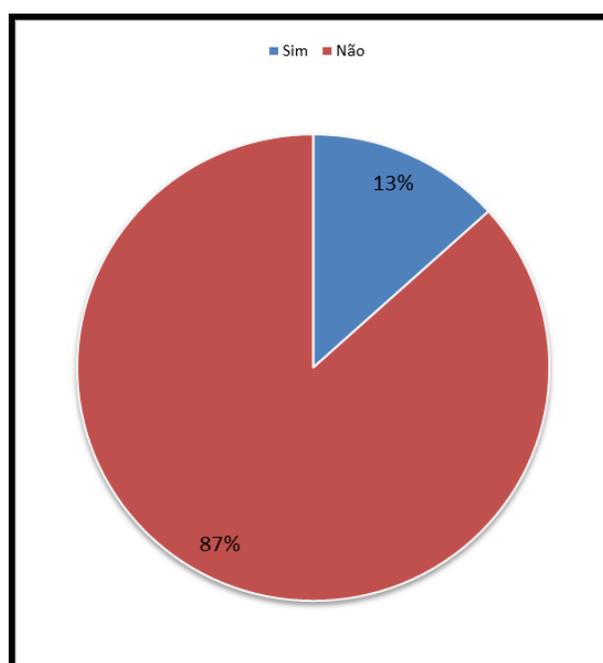


Figura 7: Frequência de faltas durante o acompanhamento.

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

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

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

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo foi possível concluir que, com a implantação do programa, a relação entre a profissional de saúde, a criança e os responsáveis mostrou-se altamente integrada em todos os processos, desde a formulação das ações, passando pelo planejamento, efetivação até o monitoramento e avaliação.

Observou-se que esta gestão em saúde busca alcançar, através de seus serviços, a satisfação dos usuários. Esta é pró-ativa buscando entender o lado deste ator principal, realizando planejamentos estratégicos, monitoramento de suas ações e avaliação dos resultados, sempre buscando a melhor forma de atender, acolher e acompanhar os usuários.

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

A PODON do CBMDF é um protagonista nesta análise positiva do programa, pois nesta instituição observou a integralidade no sistema geral, realizando o acompanhamento desde o acolhimento do usuário ao ingressar na instituição até o acompanhamento frequente. Observou-se também a qualidade dos serviços e a boa relação entre os profissionais. Isso indica ao usuário que o ambiente é agradável e que ele pode se sentir à vontade durante a realização das ações e serviços.

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

Durante a realização deste trabalho confirmou-se que a opinião dos usuários de um sistema em saúde é extremamente importante para a qualidade deste, participando das ações do programa e motivando os profissionais de saúde a continuarem no processo dinâmico e amplo da saúde.

Considera-se, portanto, que investir na construção de consensos para definição dos padrões é, neste momento, uma contribuição organizativa para os serviços e utilizando

metodologias participativas, uma vez que o processo de qualificação deve refletir as necessidades de distintos atores envolvidos.

Dessa forma, a Gestão em Saúde Coletiva é uma das respostas para se constituir uma maior integralidade de práticas aliado ao desenvolvimento de senso ético e de competências, a fim de produzir um ensino crítico e construtivo, gerador de mais autonomia e responsabilidade com os usuários desse sistema de saúde.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Ananita Helena Teixeira de; PEREIRA, Maria Cláudia; MOURA, Sebastião. **O Planejamento em Saúde e a Programação governamental da Atenção Preventiva em Saúde Bucal no Distrito Federal**. O caso dos Programas: PISE (FEDF); CÁRIE ZERO (FHDF); SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA (UNB). 1997. 368 f. Monografia (Especialização em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

ANTUNES, Leonardo dos Santos et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008.

BRANSKI, Regina Meyer; FRANCO, Raul Arellano Caldeira e JÚNIOR, Orlando Fontes Lima. **Metodologia De Estudo De Casos Aplicada À Logística**. São Paulo: Campinas. 2010.

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

_____. 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.

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

_____. Presidência da República. **Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009**. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e Corpo de Bombeiros Militar do Distrito

Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12086.htm>. Acesso em: 27 maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. v. 8. ed. 1. Brasília: CONASS, 2007.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 4, p. 141-166.

CASTILHO, Aline Rogéria Freire de et al. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **Jornal de Pediatria** (Rio J.), Porto Alegre, v. 89, n. 2, Abr. 2013.

CESAR, Chester Luiz Galvão; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 59-70, 1996.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata, URSS. Set. 1978.

COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; *et al.* Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 705-726. 2008.

FADEL, Cristina Berger; SALIBA, Nemre Adas; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Relação materno-infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para a odontologia. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 44, n. 3, Jul/Set. 2008.

FINKLER, Mirelle; OLEINISKI, Denise Maria Belliard; RAMOS, Flávia Regina Souza. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, Set. 2004.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HANNA, Leila Maués Oliveira; NOGUEIRA, Antônio José da Silva; HONDA, Vanna Yumi Souza. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 271-274, Jul/Set. 2007.

HUMANIZASUS, Rede. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. **HRMI - Programa Geração Cárie Zero**. Disponível em: <<http://www.redehumanizadasus.net/9705-hrmi-programa-geracao-carie-zero>>. Acesso em 20 jun. 2013.

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

KUHN, Eunice; WAMBIER, Denise Stadler. Incidência de Lesões de Cárie em Bebês Após 15 Meses de um Programa Educativo-Preventivo. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 75-81, jan./abr. 2007.

KUSMA, Solena Ziemer; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013.

LIMA, Andréa Cavalcanti Correia; CAVALCANTI, Arlei Antonio; PONTE, Vera. Da onda da gestão da qualidade a uma filosofia da qualidade da gestão: Balanced Scorecard promovendo mudanças. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 15, n. spe, Jun. 2004.

LIMA, Ynara Bosco de Oliveira; CURY, Jaime Aparecido. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, dez. 2001.

LESSA, Caroline Ferreira Martins; VETTORE, Mario Vianna. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v.19, n.3, p.547-556, 2010.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 3, p. 107-140.

MOLINA, Adão Aparecido. **Normas para apresentação gráfica de trabalhos acadêmicos (ABNT)**. Nova Esperança: Faculdade do Noroeste Paranaense, 2008.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, Set. 2010.

MONACO, Felipe de Faria; GUIMARÃES, Valeska Nahas. Gestão da Qualidade Total e Qualidade de Vida no Trabalho: o Caso da Gerência de Administração dos Correios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 4, n. 3, Set./Dez. 2000.

MOURA, Lúcia de Fátima Almeida de Deus; MOURA, Marcoeli Silva de; TOLEDO, Orlando Ayrton de. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um

programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007.

NÓBREGA, Kleber. **A diferença entre avaliar e analisar**. Blog de Kleber Nóbrega. Disponível em: < <http://klebernobrega.wordpress.com/2012/08/20/a-diferenca-entre-avaliar-e-analisar/>>. Acesso em: 09 jul. 2013.

PASQUARELLI, Maria Luiza Rigo. **Normas para a apresentação de trabalhos acadêmicos** (ABNT/NBR-14724, Agosto 2002). 2ª ed. Osasco: Editora da Fundação Instituto de Ensino para Osasco (EDIFIDEO), 2004.

PIAGET, Jean. **Biologia e Conhecimento**. 2ª Ed. Vozes: Petrópolis, 1996.

PINTO, Vitor Gomes. **Programação em Saúde Bucal**. In: _____. **Saúde Bucal Coletiva**. 5ª ed. São Paulo: Santos Editora. cap. 4. p. 122. 2008.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Saúde. In: TABOZA, Cida (coord.). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal**. Brasília: ipea, 2009. cap. 3, p. 97-174.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa. Nov. 1986.

RAMOS, Bárbara de Carvalho; MAIA, Lucianne Cople. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, jul. 1999.

REIS, Deise Moreira et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010.

SAMICO, Isabella; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: _____. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, cap. 2, p. 15-27. 2010.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima, *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, ano 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. Introdução. In : _____. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**. São Paulo: Universidade de São Paulo, ed. 1, cap. 1, p. 11-18. 2001.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

TOLEDO, Orlando Ayrton de. **Odontopediatria - Fundamentos para a prática clínica**. 3 ed. 2005.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar do projeto: **A Gestão em Saúde Bucal na Linha de Cuidado Materno Infantil na Policlínica Odontológica do Corpo De Bombeiros Militar do Distrito Federal**, realizada pela Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de Ceilândia, **sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Vanessa Resende Nogueira Cruvinel.**

A pesquisa tem como objetivo analisar a função da gestão em Saúde Bucal na linha de cuidado materno infantil, na tentativa de elaborar alternativas que as modifiquem positivamente.

O estudo é importante para que, a partir do conhecimento produzido, seja possível identificar as suas reais necessidades, as principais atividades desenvolvidas e as dificuldades enfrentadas e assim subsidiar ações estratégicas de planejamento e programação.

A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e pode optar por não participar ou deixar de fazer parte da pesquisa a qualquer momento.

A pesquisa será através da aplicação de questionários aos responsáveis pelas crianças participantes do Programa Cárie Zero – Sorria Bombeirinho e da análise dos registros da Instituição. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam sua identificação, mesmo em caso de publicação do estudo.

Esclarecemos que as informações serão utilizadas apenas para fins de estudo, e que todo material inerente à pesquisa estará arquivado em local apropriado, sob a responsabilidade da Coordenadora, e você poderá ter acesso aos resultados do estudo. Para isto, basta entrar em contato por meio do e-mail e/ou telefones listados abaixo.

Estes documentos compõem duas vias, onde uma ficará com o coordenador da pesquisa e outra, com o participante.

Após ter tomado conhecimento do conteúdo acima exposto, sobre o qual não me resta qualquer dúvida, concordo em participar da presente pesquisa.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Coordenador da Pesquisa: _____

Brasília, ____ de _____ de 2013

CONTATOS:

Pesquisador Coordenador: Vanessa Resende Nogueira Cruvinel (61) 8112 7747 / 3561 5376

E-mail: vanessacruvinel@unb.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (61) 31071947 E-mail: cepfs@unb.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DO PROGRAMA SORRIA BOMBEIRINHO

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A GESTÃO DO PROGRAMA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

ENTREVISTA

- 1) A relação entre a gerência da PODON e os profissionais de saúde, em sua opinião é:
- 2) Na PODON, é (são) realizada (s) regularmente reuniões entre a gerência e os profissionais de saúde para saber os problemas, as demandas e considerações ou opiniões de cada? Se sim, de quanto em quanto tempo acontece?
- 3) Existe algum mecanismo de pesquisa de Satisfação de Usuários? Se sim, qual?
- 4) Para você, quais são as qualidades da PODON?
- 5) Para você, a PODON precisa melhorar? Se sim, em que (quais) aspecto (s)?
- 6) Você sabe o que é uma Linha de Cuidado? Na PODON existe alguma? Qual (is)?
- 7) Esse programa é importante? Qual o objetivo dele?
- 8) Quais são as atribuições e papéis desempenhados na gestão do programa?
- 9) Considerações:

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS

Data: ____/____/ 2013



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

1. **Sexo:** () Feminino () Masculino

2. **Nível de escolaridade:**

- () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Mestrado
 () Ensino Fundamental Incompleto () Doutorado
 Incompleto () Ensino Superior () Pós-Doutorado
 () Ensino Médio () Pós-Graduado

▪ **Sobre o Programa Cárie Zero – Sorria Bombeirinho / PODON-CBMDF:**

3. **De 0 a 10, em sua opinião, qual nota o Programa merece?** _____

4. **Em relação ao Programa, você está satisfeito (a) com os serviços da PODON-CBMDF?**

- () Sim () Não () Às vezes

5. **Você considera o programa importante para a saúde bucal do seu filho?**

- () Concordo () Discordo () Concordo parcialmente

6. **Em sua opinião, a palestra inicial oferecida pelo Programa é importante?**

- () Sim () Não () Às vezes

7. **Você vai às consultas marcadas do Programa?**

- () Sim () Não () Às vezes

8. **Você realiza os procedimentos recomendados pela Dr.^a nas consultas?**

- () Sim () Não () Às vezes

9. **Na sua opinião, quando se deve começar a assistência odontológica para as crianças?**

- () Na gestação () A partir de 2 anos
 () De 0 a 1 ano () Somente a partir de problemas na
 saúde bucal da criança
 () De 1 ano a 2 anos

APÊNDICE 3 – RELATÓRIO FINAL PARA SER ENTREGUE À PODON

RELATÓRIO FINAL

O Trabalho de Conclusão de Curso com o título ‘A GESTÃO EM SAÚDE BUCAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL: Análise do Programa Sorria Bombeirinho da Policlínica Odontológica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal’, realizado pela pesquisadora Jéssica Nascimento Silva orientada pela Prof.^a Dr.^a Vanessa Resende Nogueira Cruvinel, obteve os seguintes resultados:

- A partir da entrevista com a gestora do programa, pôde-se perceber a dedicação e interação entre a gerência da PODON, com a gerência do programa, e com o programa como um todo, demonstrando a importância deste dentro dessa instituição de saúde;
- Na observação direta da Palestra Inicial percebeu-se que esta se trata de uma ação de educação em saúde com enfoque coletivo, onde há uma interação entre as pessoas participantes de forma enriquecedora, pois há trocas de experiências e de aprendizados;
- No acompanhamento de consultas odontológicas notou-se o vínculo criado, desde a palestra inicial, entre a odontopediatra e os responsáveis pelas crianças. Nestas, observou-se o comprometimento e a lealdade dos responsáveis, pois eles se sentem seguros ao responderem as perguntas feitas pela odontopediatra, e para colocarem em prática as ações preventivas preconizadas no programa;
- Com os questionários aplicados aos responsáveis buscou-se averiguar a satisfação destes com o programa. Dessa forma, notou-se uma relação positiva entre os responsáveis e o mesmo, afirmando o que aprenderam tanto na Palestra Inicial quanto nas consultas odontológicas. Essa ligação se mostra muito importante para a promoção da saúde bucal das crianças. O resultado desta metodologia mostrou-se um forte instrumento para a tomada de decisões dos gestores em saúde;
- Na análise de prontuários, observou-se a efetividade do programa, pois este conseguiu, no período de 2011 a 2013, alcançar o seu objetivo principal que é evitar a cárie precoce nas crianças. Do total de 75 crianças acompanhadas neste período, 89% delas não apresentaram esta doença, 10% apresentaram mancha branca e 1% desenvolveu cárie;

Após a análise destes dados, conclui-se que, este programa é de extrema importância para a saúde bucal das crianças de 0 a 2 anos e a continuidade do mesmo se faz totalmente necessária para a melhoria da qualidade de vida da família bombeiro-militar do Distrito Federal.