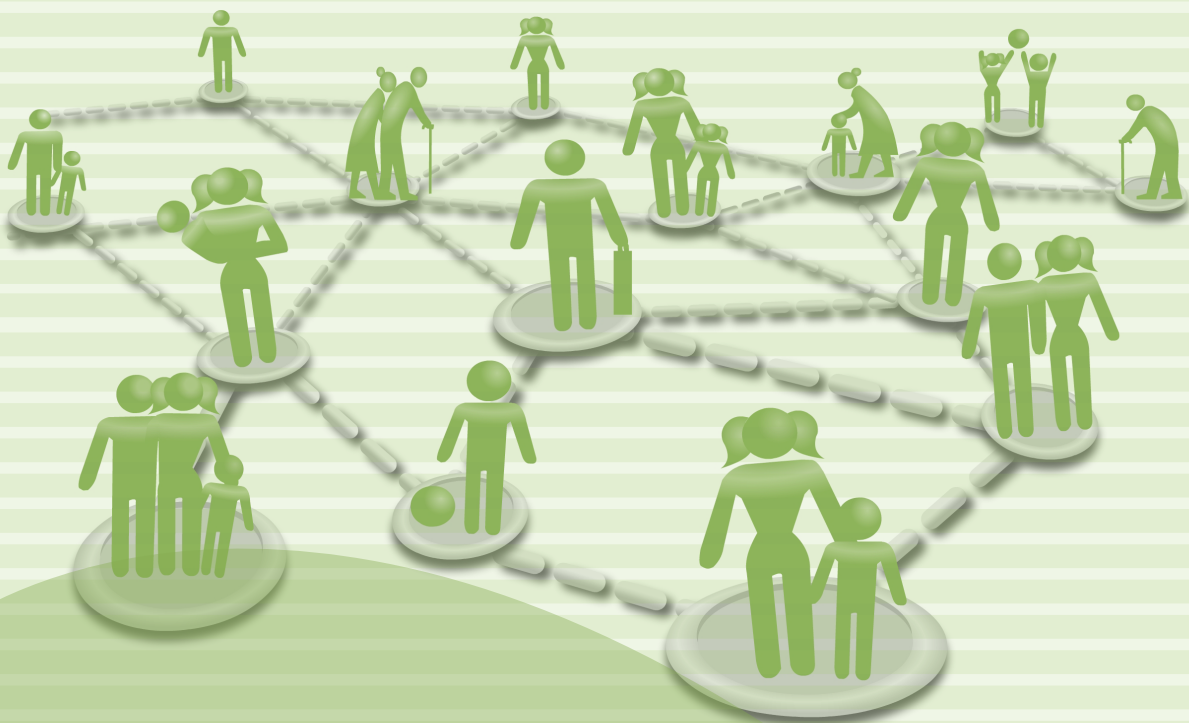


Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 5: Saúde da Criança:
Odontologia



SAÚDE DA CRIANÇA: ODONTOLOGIA

MÓDULO 5

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

Revisão Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Alvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-Graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

AUTORES

Ana Izabel Jatobá de Souza

Marcela Döhms

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Daniela Lorenzoni

Deniz Faccin

Carla Miranda

ORGANIZADORES

Heitor Tognoli

Calvino Reibnitz Júnior

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DA CRIANÇA: ODONTOLOGIA

Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário
88040-900
Trindade – Florianópolis - SC
Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância
Saúde da criança: odontologia [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Heitor Tognoli... [et al.]. – Florianópolis, 2010.
128 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte I Ações integradas na saúde da criança. Programas, políticas e pactos de saúde para a infância no Brasil e no Mundo – A equipe de saúde da família e o planejamento de ações voltadas a saúde da criança – A criança, o meio ambiente, e a família – Parte II Ações específicas: medicina. Ações coletivas voltadas à promoção da saúde da criança e a prevenção de doenças bucais na infância – Ações individuais nos cuidados aos principais agravos a saúde bucal da criança – Referência à atenção secundária e terciária e contra referência a atenção a saúde da criança.

ISBN: 978-85-61682-43-9

1. Saúde da criança. 2. Política de saúde. 3. Saúde bucal. 4. Odontologia. 5. Desenvolvimento infantil. I. UFSC. II. Tognoli, Heitor. III. Título. IV. Série.

CDU: 616-053.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Márcia Luz

Revisão Textual Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

Revisão textual para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Ariana Schlosser, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DA CRIANÇA

UNIDADE 1 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA NO BRASIL E NO MUNDO 17

- 1.1 Desafios Contemporâneos nas Ações de Cuidado da Saúde da Criança..... 17
- 1.2 Bases Legais de Proteção à Infância 18
- 1.3 Pactos e Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança no Brasil e os seus Principais Eixos 19

REFERÊNCIAS 25

UNIDADE 2 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO DE AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA 27

- 2.1 Cadastramento..... 27
- 2.2 Planejamento das Ações em Equipe 29
- 2.3 Qualidade da Atenção..... 31
- 2.4 A Estratégia de Saúde de Família e o Matriciamento de Pediatria..... 34
- 2.5 Ações Educativas e Intersetoriais de Prevenção dos Principais Agravos na Saúde da Criança..... 35

REFERÊNCIAS 37

UNIDADE 3 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA 39

- 3.1 A Comunicação com a Criança e a Família 39
- 3.2 A Criança e a Escola 40
 - 3.2.1 A Escola Promotora de Saúde: Maximizando o Desempenho Educacional..... 42
 - 3.2.2 Alterações na Aprendizagem..... 43
- 3.3 A família e os limites para a criança 45
- 3.4 Orientações Importantes de Prevenção para a Família..... 46
 - 3.4.1 Fumo 47
 - 3.4.2 Atividade Física..... 47
 - 3.4.3 Televisão 49
 - 3.4.4 Proteção Contra Raios Ultravioletas (UV) 49
 - 3.4.5 Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS) 50
 - 3.4.6 Posição para dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS) 50
 - 3.4.7 A Chupeta 50
 - 3.4.8 Leitura para Pré-escolares 51
 - 3.4.9 Prevenção de Acidentes 51

REFERÊNCIAS 53

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - ODONTOLOGIA

UNIDADE 4	AÇÕES COLETIVAS VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E À PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS NA INFÂNCIA.....	59
4.1	Atividade de Educação e Prevenção em Escolas e Creches.....	59
4.1.1	Princípios e Estratégias Metodológicas para as Atividades de Educação em Saúde	63
4.1.2	Educação em Saúde e Interdisciplinaridade	67
4.2	Considerações Gerais Sobre o Trabalho em Escolas e Creches	69
4.3	Métodos de Prevenção da Cárie Dental	
	Aplicados em Âmbito Coletivo	74
4.3.1	Fluoretação das Águas de Abastecimento Público	74
4.3.2	Flúor Gel Acidulado 1,23%	76
4.3.3	Verniz Fluoretado	77
4.3.4	Solução para Bochecho (NaF 0,05% e 0,2%)	75
4.3.5	Dentifrícios e Escovação	78
4.4	Ações de Educação em Saúde Bucal na Unidade Básica de Saúde	79
4.5	O Trabalho Coletivo em Outros Espaços da Comunidade.....	84
4.5.1	Capacitação Técnica dos ACS	86
4.5.2	Participação nas Visitas Domiciliares.....	86
4.5.3	Educação Permanente, Monitoramento e Avaliação.....	87
4.5.4	Potencialidades do Trabalho com os ACS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	91
UNIDADE 5	AÇÕES INDIVIDUAIS NO CUIDADO AOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA	94
5.1	Características do Crescimento e do Desenvolvimento Infantil.....	94
5.2	A Consulta Odontológica da Criança	98
5.2.1	Anamnese	101
5.2.2	Exame Clínico Geral e Intrabucal.....	102
5.2.3	Exames Complementares	103
5.2.4	Tratamento	104
5.2.5	Tratamento de Urgência	105
5.3	Orientações Multiprofissionais de Saúde Bucal.....	106
5.4	Condutas Diante dos Principais Agravos a Saúde Bucal Infantil ..	110
	REFERÊNCIAS.....	117
UNIDADE 6	REFERÊNCIA À ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA E CONTRAREFERÊNCIA À ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	117
6.1	Os Principais Fatores Relacionados à Necessidade de Encaminhamento nos Três Níveis de Atenção no Âmbito do SUS.	117
6.2	As Ações de Referência e Contrareferência e o Acompanhamento da Criança nos Diferentes Níveis de Atenção.....	120
	REFERÊNCIAS.....	125
	AUTORES.....	126

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Ao darmos início aos estudos referentes ao Módulo 5, é importante lembrarmos que a **Atenção à Saúde da Criança – Medicina**, a ser abordada nesse módulo, representa uma área prioritária no âmbito dos cuidados à saúde das populações. Para que essa se desenvolva de forma adequada, além do conhecimento sobre as características relacionadas aos indicadores de morbimortalidade, incluindo aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, e demais determinantes sociais no processo de saúde-doença, é importante destacar o papel relevante que desempenham os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Inúmeros têm sido os problemas encontrados que são, de forma evidente, impeditivos para uma adequada atenção à saúde.

Nesse contexto, a Atenção Primária da Saúde apresenta grande relevância como uma real possibilidade para o enfrentamento dos problemas, podendo reduzir significativamente a ocorrência de diversas situações indicativas de cuidados insatisfatórios. Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), incorporada à política pública brasileira, constata-se um maior acesso aos cuidados básicos de saúde, tornando o sistema mais resolutivo no âmbito da Atenção Primária.

Este módulo está dividido em duas partes: a primeira, comum a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, onde discutimos os programas, políticas e pactos de saúde para infância no Brasil e no mundo, a Equipe de Saúde da Família e o planejamento das ações voltadas à Saúde da Criança e por último, a criança o meio ambiente e a família. Neste particular, veremos que a Saúde da Criança é prioridade, se faz presente e é expressa no contexto da gestão federal do SUS, através de políticas e programas, e é reafirmada em vários pactos firmados pelos gestores das três esferas governamentais. Tal política visa fundamentalmente a implementação dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção da saúde, ampliando o espectro de ações até então propostas

Na segunda parte, algumas questões serão retomadas nas especificidades de cada profissional. Agora, com a base conceitual e geral já construída no estudo anterior, vamos aprofundar o conteúdo relacionado à Atenção à Saúde da Criança dentro da especificidade de sua área, a Odontologia, sendo discutidos os seguintes temas: alimentação saudável e crescimento infantil, evidências para o acompanhamento clínico de puericultura, ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos no que se refere às ações e políticas que integram a Atenção à Saúde da Criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família e do SUS no contexto brasileiro e mundial.

Ementa

Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança. A criança, o meio ambiente, e a família. Promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

Objetivos

- a) Compreender as implicações dos pactos, políticas e programas de saúde da criança no âmbito da Atenção Básica;
- b) Perceber a importância do planejamento em equipe para as ações integradas voltadas à saúde da criança;
- c) Analisar as inter-relações da criança com o meio ambiente e com a família e a influência destas relações no processo saúde e doença.
- d) Identificar a saúde bucal da criança, os principais agravos e as possibilidades de tratamento no âmbito da atenção básica numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar;
- e) Conhecer as características normais do crescimento e do desenvolvimento infantil com vistas ao desenvolvimento de ações específicas e interdisciplinares;
- f) Refletir sobre a organização da atenção à saúde bucal na lógica de linha do cuidado por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Programas, Políticas e Pactos, e de saúde para a infância no Brasil e no mundo.

Unidade 2: A Equipe de Saúde da Família e o planejamento de ações voltadas à saúde da criança.

Unidade 3: A criança, o meio ambiente e a família.

Unidade 4: Ações Coletivas Voltadas à Promoção da Saúde da Criança e à Prevenção de Doenças Bucais na Infância

Unidade 5: Ações Individuais no Cuidado aos Principais Agravos à Saúde Bucal da Criança

Unidade 6: Referência à Atenção Secundária e Terciária e Contrarreferência à Atenção à Saúde da Criança

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Prezados profissionais!

O cotidiano de trabalho em uma unidade de saúde possui baixa densidade tecnológica, com altíssima complexidade. Só quem já trabalhou em uma unidade, percebe o desafio de se trabalhar em equipe, de se realizar planejamento de ações. Ao encerrar a primeira etapa, comum a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), ressaltamos a necessidade de habilidades e atitudes especiais de toda a equipe com relação ao atendimento de crianças.

Trabalhar com elas exige postura diferenciada e uma atenção especial, incluindo a abordagem psicológica, social e biológica.

Lembre sempre: você faz parte de uma equipe multidisciplinar e sua atuação só poderá atingir um alto grau de qualidade se suas ações forem integradas às ações de outros profissionais. Interaja com seus colegas de trabalho e de curso. Juntos, todos poderão conferir ações de promoção da saúde e prevenção dos principais agravos à saúde da criança, desde o processo educativo até a criação de um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento de crianças saudáveis.

É nessa perspectiva que preparamos este estudo para você.

Bons estudos!

Ana Izabel Jatobá de Souza
Marcela Ceci Döhms
Daniela Lemos Carcereri
Heitor Tognoli
Daniela Lorenzoni
Deniz Faccin
Carla Miranda

PARTE I

MÓDULO 5

UNIDADE 1

MÓDULO 5

1 PACTOS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA NO BRASIL E NO MUNDO

Você sabe como se estruturam as políticas e programas em favor da infância no Brasil e no mundo? Já se perguntou sobre a importância deste tema? As preocupações teóricas e práticas sobre a problemática da infância e da adolescência são mais recentes do que imaginamos.

Desde os tempos bíblicos e ao longo da história, a criança nunca teve valor para os adultos. Ao longo dos anos, aconteceram mudanças com consequências legais e institucionais que desembocaram nos movimentos atuais em prol da proteção e assistência à criança.

O profissional de saúde necessita conhecer os aspectos históricos, sociais e legais que se referem ao período infanto-juvenil, a fim de se situar diante dos importantes desdobramentos ocorridos, e ainda por fazer, na construção da cidadania de crianças, em suas mais variadas dimensões. E em virtude da vulnerabilidade própria do período da infância, esta necessita de profissionais que lhe oportunizem crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Diante de tal organização de conteúdos, desejamos que, ao final deste estudo, você: consiga identificar os desafios contemporâneos nas ações de cuidado da saúde da criança; conheça as bases legais de proteção à infância; reconheça os principais eixos de atenção integral à saúde da criança; e, também, reflita sobre os pactos e programas de atenção à saúde da criança no Brasil e no mundo.

Preparado? Vamos iniciar.

1.1 Desafios Contemporâneos nas Ações de Cuidado da Saúde da Criança

Ao analisarmos os aspectos históricos e sociais da construção das políticas e programas de assistência à criança, não podemos nos esquecer dos desafios contemporâneos que permeiam tais ações. Dentre estes, se destacam:

- a) os atuais problemas familiares e sociais;
- b) os problemas escolares e de comportamento;
- c) a violência e os maus-tratos;
- d) as injúrias físicas;
- e) o risco de suicídio;

- f) obesidade e anorexia por conta de hábitos alimentares inadequados;
- g) a influência da mídia;
- h) o uso e abuso de drogas ilícitas;
- i) o consumo de álcool de forma precoce e abusiva;
- j) o risco da atividade sexual cada vez mais cedo e sem proteção.

Provavelmente, você, em sua atividade profissional e em contato direto com as crianças e suas famílias, deve ter se deparado com alguns destes desafios. Estes, muitas vezes, exigem a construção de uma rede de apoio e de atendimento que ultrapassa os protocolos e os fluxos de encaminhamento e resolução.

1.2 Bases Legais de Proteção à Infância

Promulgado em julho de 1990, o ECA já está transitando pela adolescência, contudo muito de seu conteúdo ainda continua em implementação.

As bases legais de proteção à infância estão alicerçadas na Constituição Federal de 1988 que garante a proteção integral à criança e ao adolescente, Lei nº 8069¹, de 13 de julho de 1990. Este documento trata do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No ECA, encontram-se as bases fundamentais que garantem o direito à saúde e à educação, dentre outros (BRASIL, 1990).



Saiba Mais

É importante que você, profissional da saúde, saiba o conteúdo deste material:

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 fev. 2010.

PRÓMENINO. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

PRÓMENINO. A turma da Mônica em: o estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: <http://www.fundacaofia.com.br/ceats/eca_gibi/capa.htm>. Acesso em: 21 jan. 2010.

Para alguns autores, como Santana (2000, p. 28), o ECA é fruto de movimentos organizados que objetivavam enfatizar a falência de modelos anteriores, que tinham como base a correção e a repressão.

Além disto, a referida autora reforça que o ECA surge, de igual forma, para preservar crianças e adolescentes de exploração por adultos e como meio para reivindicar uma sociedade mais igualitária e menos excludente. O que o ECA pretende, dentre outros aspectos, é estabelecer:

[...] redirecionamento da atenção à criança e ao adolescente no país, considerando a humanização dos procedimentos, a capacitação dos agentes, a modernização das estratégias, a maior alocação de recursos, a compreensão da infância e da adolescência como momentos singulares no desenvolvimento desses sujeitos e a proteção integral necessária à construção da cidadania (SANTANA, 2000, p. 28).



Na Prática

Você já se perguntou o que sabe a respeito do ECA e quais as suas implicações sobre a saúde das crianças de sua comunidade? Quais as relações contidas neste documento com os pactos e programas de saúde voltados para esta faixa etária?

1.3 Pactos e Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança no Brasil e os seus Principais Eixos

Dentre as ações programáticas direcionadas para a criança, daremos ênfase especial aos aspectos correlacionados ao ano de 2004, quando se estabeleceram alguns compromissos, tais como: Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Figura 1), gerados, principalmente, em função dos altos índices de indicadores de mortalidade infantil e de internação por pneumonia e diarreia.

Tal agenda tinha como princípios norteadores os textos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Direitos da Criança e do Adolescente e, como estratégias, preconizavam: a vigilância à saúde pela equipe de atenção básica; vigilância à saúde materna e infantil; educação continuada das equipes de atenção à criança e organização de linhas de cuidado (BRASIL, 2004), valorizando-se as ações intersetoriais, educativas e de atenção primária.

Nestes eixos, as diretrizes básicas são:

- a) crescimento e desenvolvimento;
- b) programa de saúde bucal;

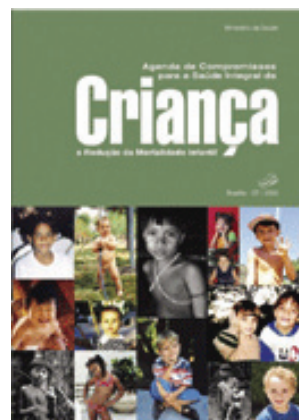


Figura 1: Agenda de compromisso para saúde integral da criança.

Fonte: Brasil, 2004.

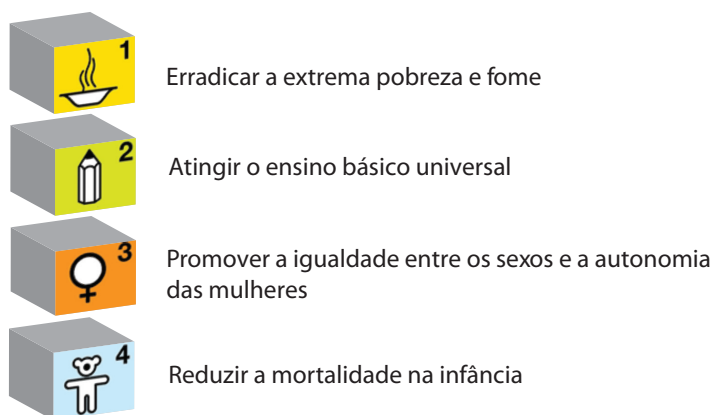
- c) saúde mental;
- d) erradicação do trabalho infantil;
- e) inclusão do portador de deficiência;
- f) programas de imunização;
- g) prevenção de acidentes;
- h) prevenção à violência;
- i) alimentação saudável.

Muitos destes conteúdos serão desenvolvidos nas unidades subsequentes.

É importante destacar que, segundo a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, estes eixos são consoantes com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Vale lembrar que os ODM é um compromisso assumido por todos os 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), para ser implementado até 2015 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Os objetivos são (ver figura 2):



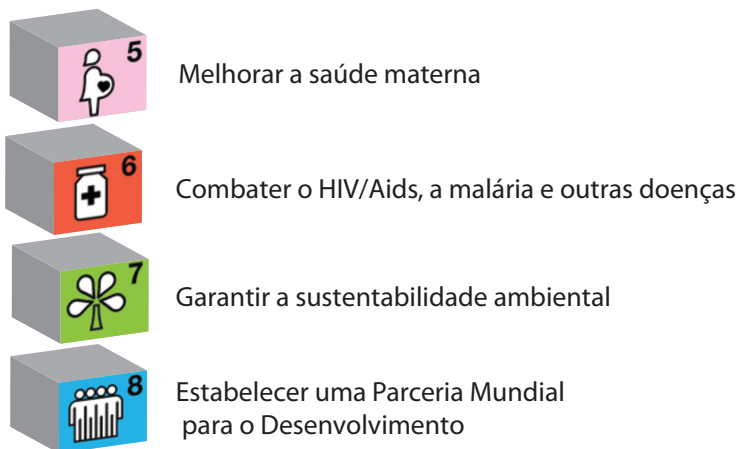


Figura 2: Objetivos do desenvolvimento do milênio.

Fonte: Organização das Nações Unidas, 2010.



Saiba Mais

Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), você encontra mais informações em:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm/index.php>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

Em nosso país, muitas crianças morrem antes de completar o primeiro ano de vida, mas, nos últimos anos, essa situação está se alterando. A mortalidade infantil no Brasil caiu para menos da metade entre 1990 e 2007, conforme estatísticas divulgadas em maio de 2009, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

As mortes entre crianças de até um ano de idade diminuíram de 49 para 20, por mil nascidos vivos, enquanto as mortes de crianças até cinco anos de idade recuaram de 58 para 22, por mil nascidos vivos.

Os dados constantes no relatório Estatísticas Sanitárias Mundiais, de 2009, confirmam a tendência já indicada pela Organização das Nações Unidas no começo deste ano. Para que estes índices continuem diminuindo, a ação da Equipe de Saúde da Família é fundamental. Veja a seguir, na figura 3, a sistematização das diretrizes para a redução da mortalidade infantil:

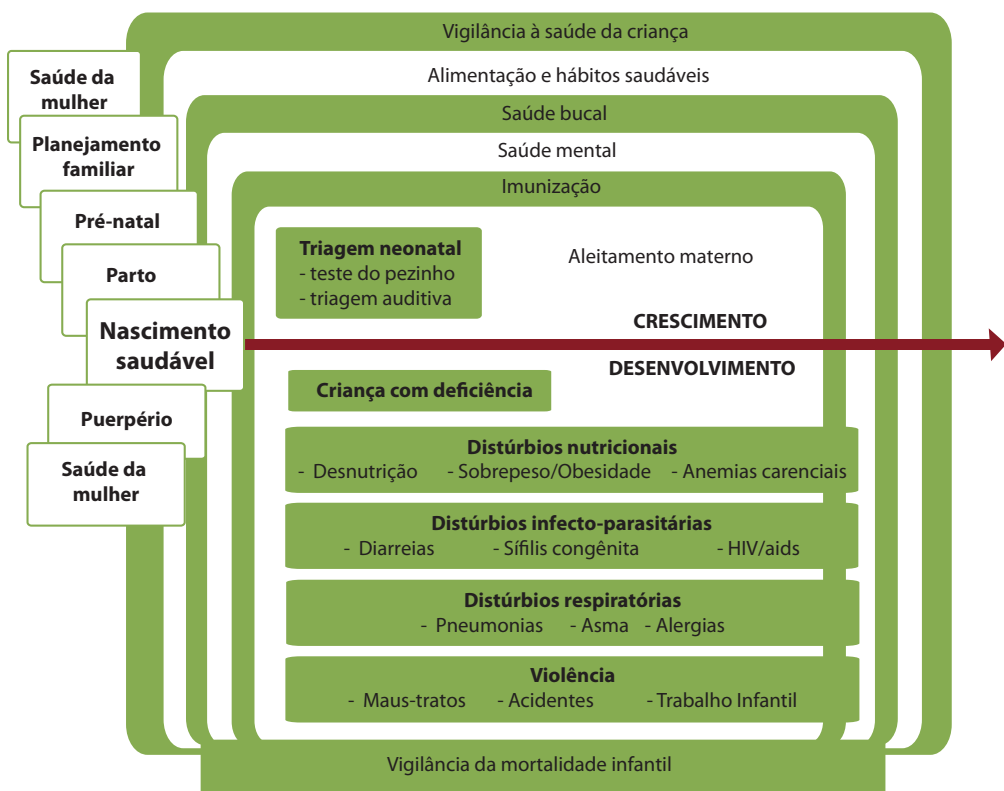


Figura 3: Sistematização das diretrizes para a redução da mortalidade infantil.
 Fonte: Brasil. 2004. p. 34.

Os pactos, políticas e programas apresentados são frutos de todo um movimento social que aconteceu, e segue acontecendo, ao longo da história de diversos países, e que todos desenvolvem, com maior ou menor ênfase, em suas próprias políticas e diretrizes.

É importante que você, profissional da saúde, conheça as ações desenvolvidas por entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas (ONU) e outras organizações nacionais e internacionais que trabalham em prol da saúde da criança. Estas entidades têm grande influência na reflexão e na construção de políticas voltadas para a infância.



Saúde Virtual

Informações sobre medicamentos genéricos, banco de dados de empresas e produtos farmacêuticos, além de links para várias páginas sobre saúde estão disponíveis neste site: <http://www.saude.inf.br/>.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS)

O site dispõe de importantes informações sobre saúde em todo o continente americano, além do perfil dos países que fazem parte do continente. Também podem ser encontradas publicações e notícias acerca da atuação dos Ministérios da Saúde, além de links para órgãos governamentais. Disponível em: <http://new.paho.org/>.

Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CD)

Notícias sobre os últimos avanços da ciência na área de saúde e tópicos por ordem alfabética. Contém ainda links afins. Disponível em: <http://www.cdc.gov/>.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), no Brasil e Cone Sul

Apresenta projetos em prol do desenvolvimento sustentável e da segurança humana, assim como programas relativos ao controle de drogas, prevenção e combate ao crime organizado. Disponível em: <http://www.unodc.org/brazil/pt/index.html>.

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Site com informações sobre ações e campanhas pró-saúde em todo o mundo. Dados estatísticos de países, links para Ministérios da Saúde e outros órgãos governamentais, projetos e relatórios, documentos e publicações.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Informações sobre programas educacionais e sociais para crianças em todo o mundo: campanhas, patrocínios, projetos culturais, ações de Organizações não Governamentais (ONGs), da ONU e de órgãos de governo. Disponível em: <http://www.unicef.org/>.

Organização das Nações Unidas (ONU)

O portal oficial da ONU, no Brasil reúne o noticiário atualizado diariamente, links para todas as agências das Nações Unidas no país e material de pesquisa. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/>.

SÍNTESE DA UNIDADE

A presente Unidade possibilitou o estudo da forma como se estruturam as políticas e os programas em favor da infância, no Brasil e no mundo. Foram apresentados os desafios contemporâneos para as ações de cuidado da saúde da criança, como a violência, uso de drogas ilícitas, obesidade e anorexia, problemas familiares e influência da mídia entre outros, bem como as bases legais de proteção à infância e os principais eixos de atenção integral à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 fev. 2010.

SANTANA, J. S. da S. Sistematização da assistência de enfermagem em creche: reflexões de uma prática. **Revista Nursing**, n. 24, p. 24-29, maio, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm/index.php>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2010.

UNIDADE 2

MÓDULO 5

2 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO DE AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA

A reunião da Equipe de Saúde da Família é um momento estratégico para o planejamento. Mas o que discutir na reunião de equipe para melhorar a Atenção à Saúde da Criança? Como cada membro da equipe pode contribuir?

Nesta unidade, vamos resgatar o planejamento discutido no Módulo 4 do Eixo 1 e os indicadores estudados na Epidemiologia (Módulo 3 do Eixo 1), para discutir em equipe e usá-los associados à saúde da criança.

Porém, é preciso questionar: sua equipe planeja em conjunto as visitas domiciliares, pensa sobre grupos que podem promover ações atreladas à saúde da criança e procura saber a respeito da rede de apoio existente no território? Será que sua equipe conhece sua própria produção relacionada à saúde da criança? Se não sabemos como estamos, não podemos saber como melhorar...

É importante lembrar que rever o previamente planejado é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, para corrigir rumos, enfrentar imprevistos e pensar junto como melhorar a Atenção à Saúde da Criança no território da sua equipe.

Portanto, organizamos seu estudo para motivá-lo a conhecer os indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde da criança e a perceber sua inter-relação com o planejamento e a avaliação do impacto das ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família. Para tanto, é necessário que conheça e analise os dados disponíveis do território da Equipe de Saúde da Família, relacionados à saúde da criança, e planeje, em equipe, ações individuais e coletivas neste sentido.

2.1 Cadastramento

O primeiro passo para se trabalhar a saúde da criança no seu território é fazer um levantamento para verificar se estão cadastradas em sua equipe, e com registros atualizados, todas as crianças da área com idade até cinco anos, ou mais, caso sua equipe já esteja estruturada para isso.

Para a busca de tais dados, é de fundamental relevância reunir toda a equipe e verificar os registros que estão sendo realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde, bem como consultar os dados existentes nas bases disponibilizadas pelo Organismos Oficiais, DATASUS, Secretarias Municipais de Saúde, entre outros.

Ficha C: é usada ² para registrar o acompanhamento da criança. É a “cópia” do Cartão da Criança padronizado pelo Ministério da Saúde. É utilizada somente pelo agente comunitário de saúde.

Nesse momento, também, é apropriado discutir se existe alguma dificuldade de registro pelos agentes ou algum outro ponto que seja relevante de ser questionado, para se propor atividades de educação permanente para os agentes. Geralmente, algumas questões no preenchimento da Ficha C² deixam dúvidas, como as vacinas, o crescimento, o desenvolvimento, etc.



Ambiente Virtual

No material complementar disponível no AVEA, você encontra uma Ficha C padrão que pode ser usada de modelo para seu município, caso faltem dados importantes na ficha que vocês vêm utilizando (digital). Acesse e imprima.

Nos casos em que o registro não esteja atualizado, é importante identificar os motivos e traçar estratégias para que 100% das crianças tenham o registro atualizado. Após essa verificação, algumas questões fundamentais deverão ser identificadas para que se possa priorizar o cuidado específico a algumas crianças.

No Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a equipe deve focar algumas informações que servirão de base para a priorização de ações com relação à saúde da criança, como exemplo:

- a) mortalidade proporcional por idade, para faixa etária de menores de um ano;
- b) Taxa de Mortalidade Infantil (TMI);
- c) TMI por diarreia;
- d) TMI por Insuficiência Respiratória Aguda;
- e) % de crianças até um ano com vacinas em dia;
- f) % de crianças até um ano pesadas;
- g) % de crianças até um ano desnutridas;
- h) taxa de hospitalização em menores de cinco anos por pneumonia e desidratação/ 1.000 nascidos vivos;
- i) % de cobertura de puericultura.

2.2 Planejamento das Ações em Equipe

Uma das ações a serem tomadas em virtude do levantamento de problemas através dos indicadores é a visita domiciliar, que pode ser realizada, por exemplo, nas seguintes situações:

- a) visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido (RN) nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar, para a melhora do vínculo com a família. Deve-se avaliar precocemente dificuldades na amamentação, observar a interação da família com a criança e orientar outros familiares que convivem com a criança, que geralmente não vão à consulta individual. O planejamento pode ser a partir da notificação das maternidades pela Declaração dos Nascidos Vivos (DN) e/ou por aviso do nascimento pela própria família;
- b) situações de risco para a criança: desnutrição, obesidade, suspeita de maus-tratos;
- c) adesão insatisfatória a algum tratamento.

Pode-se, também, fazer visitas institucionais à escola, para conversar com o professor a respeito de distúrbios de aprendizado, o que pode ajudar na avaliação dos casos. Relembramos que esse tipo de intervenção deve ser feito de forma não autoritária, respeitando o consentimento da família.

Nesse momento do planejamento de ações em equipe, é importante a utilização da ferramenta Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB), conforme visto no Módulo 4 do Eixo 1. Com relação à saúde da criança e do adolescente, o PROGRAB irá propiciar a programação de atividades nos seguintes grupos:

- a) crescimento e desenvolvimento;
- b) assistência a doenças prevalentes na infância (infecto-contagiosas, asma e diarreia);
- c) saúde visual;
- d) alimentação e nutrição (anemia, desnutrição, hipovitaminose A, obesidade infantil);
- e) imunizações.

O número de consultas a serem realizadas em puericultura, normalmente aparece quando iniciamos as discussões dessas ações no PROGRAB (BRASIL, 2006).



Acesse o manual:

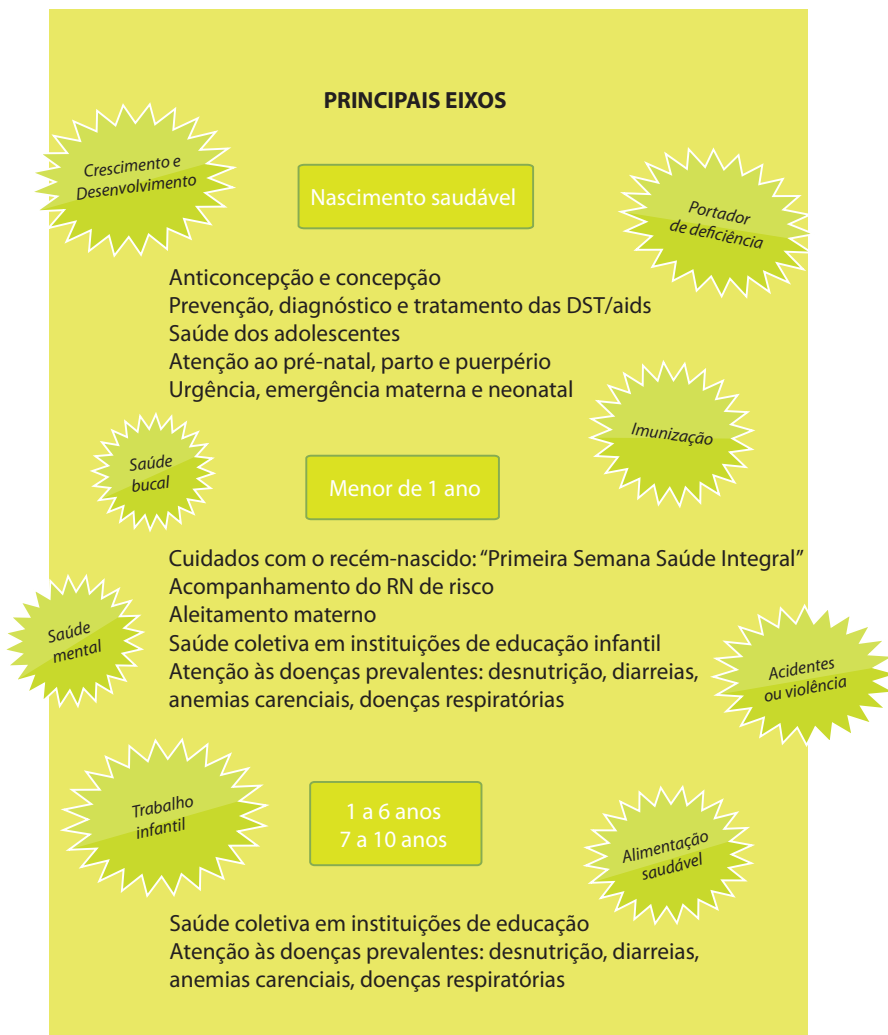
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prograb: programação de gestão por resultados na atenção básica. Brasília, 2006. Acesso em: <http://dab.saude.gov.br/docs/prograb/manual_usuario_prograb.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

Esse calendário das consultas de puericultura até hoje não conseguiu consenso e, provavelmente, não conseguirá, pois os objetivos da puericultura (*well-child care*) variam de local para local, tornando muito difícil a correlação dos estudos. Não há, ainda, evidência científica de qualidade que determine o número ideal de consultas para cada faixa etária. No entanto, gostaríamos de fazer uma sugestão de rotina, que deve ser pensada e discutida em equipe e com a gestão municipal, caso ainda não tenha sido estabelecido um protocolo de atendimento à criança em seu município:

- a) Primeira consulta entre o quarto e o sétimo dia de vida;
- b) Consultas mensais alternadas entre enfermeiros e médicos no primeiro ano de vida;
- c) Consultas trimestrais no segundo ano de vida;
- d) Consultas semestrais do terceiro ao quinto ano de vida;
- e) Consultas anuais do sexto ao décimo quarto ano de vida.

O número de consultas em um ano poderá ser visualizado pela ferramenta, que irá se basear na população adscrita da sua equipe.

A seguir, apresentamos o fluxograma 4, com os principais eixos no cuidado com a criança a serem trabalhados pela equipe, de acordo com o momento de vida:



Fluxograma 4: Principais eixos no cuidado com as crianças.

Fonte: Brasil, 2004. p. 37.

2.3 Qualidade da Atenção

No planejamento dessas consultas, outro ponto de fundamental importância é o preenchimento correto da caderneta de saúde da criança. Todo o atendimento, por qualquer membro da equipe, deve ser registrado na caderneta.

É necessário discutir com a equipe cada um dos pontos abordados pela caderneta de saúde em utilização no seu município. Se algum



Figura 5: Caderneta de saúde da criança.
Fonte: Brasil, 2006.

membro tiver alguma dúvida, é indicado sanar na mesma hora, ou programar uma atividade de educação permanente, caso seja pertinente. E, aproveitando esse momento de discussão sobre o preenchimento da caderneta, é importante, também, discutir o fluxograma de abordagem de risco à saúde da criança na unidade de saúde, conforme o modelo que consta na página 73 da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, publicada em 2004, que apresentamos a seguir na figura 6:

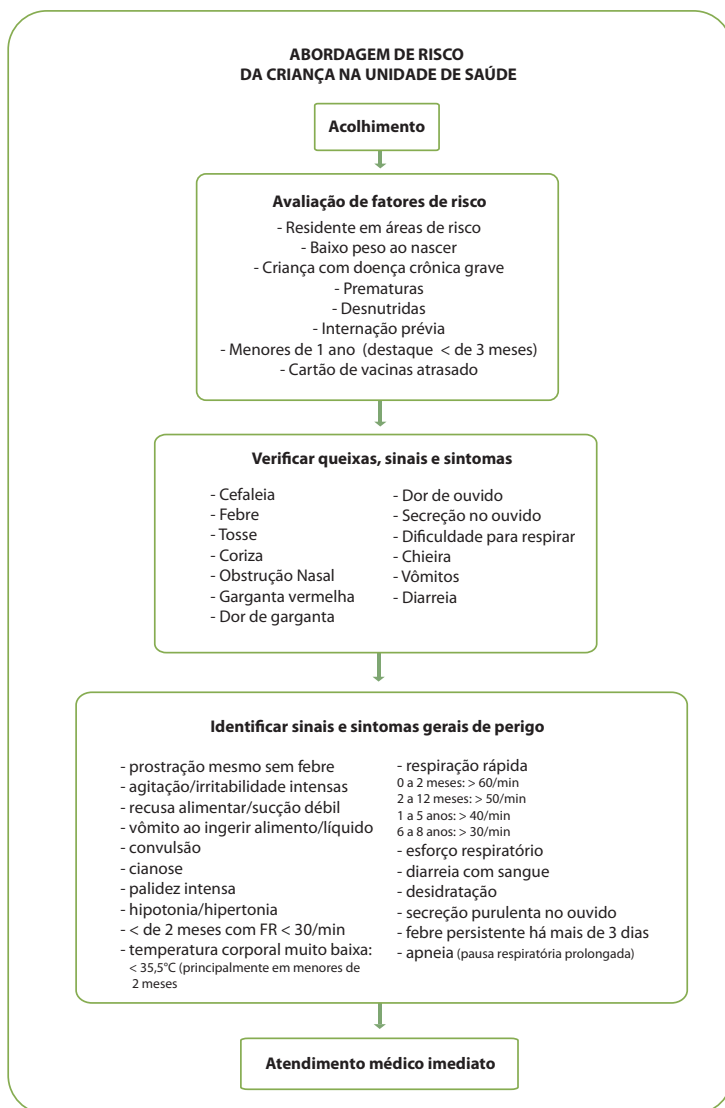


Figura 6: Agenda de compromissos para a saúde integral da criança.
Fonte: Brasil, 2004, p. 73.

Uma última ferramenta que gostaríamos de apresentar para colaborar no planejamento das ações é a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), já abordada no Módulo 4 do Eixo 1, Processo de trabalho.

Os tópicos de saúde de crianças e saúde de adolescentes, que constam do Caderno 5 da AMQ (Figura 7), devem ser preenchidos quando essa discussão sobre o planejamento estiver sendo realizada.

Cadernos Avaliativos

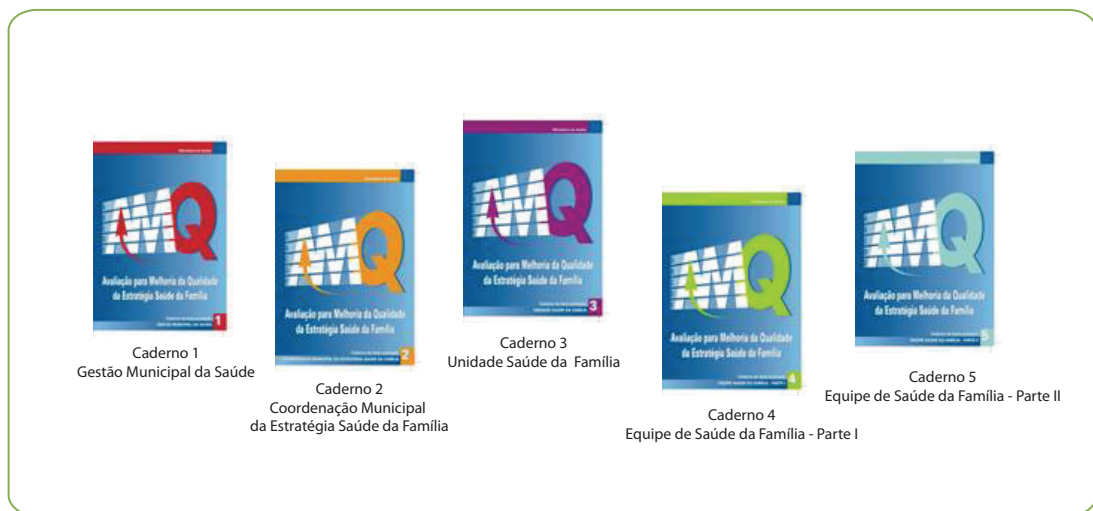


Figura 7: Cadernos de avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família.

Fonte: Brasil, 2004.

Apesar de o Caderno 5 ser direcionado apenas aos profissionais de nível superior da equipe, sugerimos que toda equipe participe da discussão, pois é de fundamental importância que todos saibam em que nível de qualidade as ações da equipe se encontram.

Em um primeiro momento, dificilmente será possível obter o nível de excelência desejado no preenchimento dos itens. Mas não devemos nos preocupar com isso, já que o mais importante é saber como faremos para avançar na qualidade da atenção.

Ao preencher os itens do instrumento, notaremos que muitos deles já foram contemplados na discussão que fizemos nesta unidade, o que foi feito de forma intencional.

No início dos estudos deste módulo, descrevemos todos os itens do planejamento que devem ser realizados em equipe, conforme reforçamos aqui. Neste momento, ressaltamos a importância de se definir o nível de atuação da equipe e quais ações foram planejadas inicialmente para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança.

2.4 A Estratégia de Saúde de Família e o Matriciamento de Pediatria

Uma das características da puericultura prestada pelos dez países desenvolvidos com a menor taxa de mortalidade infantil do mundo, observou similaridades em suas abordagens à saúde da criança, como consultas periódicas e orientações antecipatórias. Na maioria destes, a puericultura, como definida anteriormente, é dividida entre médicos e enfermeiros, ou prestada exclusivamente por enfermeiros “materno-infantis”.

Na maior parte dos países estudados, os pediatras atuam exclusivamente como especialistas em desenvolvimento/comportamento e/ou em condições pediátricas crônicas específicas. O profissional que conduz a avaliação de desenvolvimento e as triagens varia de um país para outro.

Algumas cidades usam o modelo de matriciamento, no qual enfermeiros e médicos de família e comunidade/médicos generalistas são responsáveis pela puericultura e atenção a condições agudas e crônicas. Os pediatras devem trabalhar de forma matricial, apoiando as equipes de saúde de família em questões sobre desenvolvimento/comportamento e/ou em condições pediátricas crônicas específicas, e realizar atividades transversais, que visem à melhoria das condições de saúde das crianças das unidades pela qual é responsável.

Em Florianópolis (SC), muitas unidades adotam este modelo, com os médicos da Equipe de Saúde da Família alternando-se com os enfermeiros. Esta é a primeira entrada no sistema. O médico encaminha o paciente para o pediatra apenas quando necessário, através das discussões de casos que ocorrem periodicamente, com os objetivos de trabalhar promoção, proteção e recuperação da saúde da criança.

Há a necessidade de que enfermeiros, dentistas, médicos de família/generalistas e pediatras trabalhem de forma coordenada, construindo uma rede de proteção social e se corresponsabilizando pela atenção integral à saúde da criança.

2.5 Ações Educativas e Intersectoriais de Prevenção dos Principais Agravos na Saúde da Criança

No âmbito da saúde integral da criança é importante retomarmos os principais eixos que pretendem diminuir os agravos à saúde da criança.

O principal propósito destas ações é o de “promover a qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial”. Procure acessar a especificidade de cada aspecto listado anteriormente, pois deles derivam inúmeros outros desafios para a prática do médico e da equipe.

Neste sentido, é relevante destacar que, para a implementação de tais ações e sua efetivação, é indispensável estabelecer parcerias.

A ação intersectorial é um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território. Isso implica o desenvolvimento de ações com base territorial, a integração com instituições e organizações sociais, assim como a construção de parcerias, para garantir a cidadania. Tais aspectos fazem parte dos princípios gerais da atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

Questões para refletir:

Quais são os atores que podem contribuir positivamente para a promoção da saúde da criança em seu município e em sua área de abrangência?

Quais as estratégias que precisam ser articuladas a fim de diminuir os agravos e os riscos para a saúde da população infantil?

O que você, como profissional da equipe de saúde da família, tem feito para ampliar as parcerias e realizar ações desta natureza?

Será que você e sua equipe poderiam pensar em grupos educativos voltados para a melhoria da saúde das crianças do seu território, no seu centro de saúde?

Agora, relembre os conteúdos sobre Promoção da Saúde, abordados no Módulo 2 do Eixo 1, e o trabalho com grupos, do Módulo 4. Disponibilizamos no AVEA os Objetos de Aprendizagem sobre estes conteúdos. Recomendamos que você os revise.



Saiba Mais

Consulte no Portal da Saúde os materiais informativos da cartilha da Saúde da Criança, disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_materiais_informativos_saude_crianca.pdf.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta Unidade salientou a importância da reunião de equipe de saúde da família para o planejamento estratégico de ações voltadas à atenção à saúde da criança e como cada membro da equipe pode dar sua contribuição. Também foi visto que planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, apoiando-se nos indicadores de saúde para corrigir rumos, enfrentar imprevistos e pensar em conjunto como melhorar a atenção à saúde da criança no território de ação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prograb**: programação de gestão por resultados na atenção básica. Brasília, 2006. Acesso em: <http://dab.saude.gov.br/docs/prograb/manual_usuario_prograb.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: materiais informativos. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_materiais_informativos_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.

UNIDADE 3

MÓDULO 5

3 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA

A criança, desde a sua concepção, é parte integrante da sociedade na qual foi gerada e, portanto, está cercada por condições sociais, históricas e familiares de diversas naturezas. Você já parou para pensar o que há em torno das crianças que cuidamos diariamente? O quanto, na atualidade, cada vez mais as crianças sofrem a influência do meio ambiente em que vivem e o quanto isto influencia no processo saúde-doença.

Alguma vez você já parou para refletir como nós, profissionais de saúde, podemos contribuir para o aprendizado de práticas saudáveis desde as primeiras etapas da infância? Será que sua abordagem na atenção à criança não pode ser melhorada?

Lembre-se de que a família das crianças pode e deve ser nossa grande aliada neste processo. A família é considerada a primeira unidade de cuidado de seus membros. Portanto, é muito importante que o médico, o enfermeiro e o dentista tenham uma comunicação com a criança e sua família que seja clara, objetiva e acolhedora.

Seu objetivo neste estudo é identificar a influência do meio ambiente e da família no processo saúde/doença da criança e, conseqüentemente, planejar ações que promovam um meio ambiente saudável.

3.1 A Comunicação com a Criança e a Família

O profissional da saúde da Atenção Primária, por (idealmente) acompanhar toda a família na Estratégia Saúde da Família, tem um vínculo especial com todos e, assim, tem a oportunidade de conhecer melhor a dinâmica familiar, o que ajuda muito no acompanhamento.

Muitas vezes o profissional da saúde da atenção primária fez o pré-natal da mãe, atende o pai e a avó.

Muitos problemas se resolvem de forma espontânea e, muitas vezes, o mais importante é dar apoio e segurança à família.

Para melhor obter informações, o médico, o enfermeiro ou o dentista pode lançar mão de perguntas facilitadoras, específicas e abertas. Desta forma, possibilita e auxilia a exposição de sentimentos negativos

ou problemas familiares previamente não percebidos. Informações, muitas vezes, úteis ao planejamento de ações eficazes.

Esta estratégia está bem desenvolvida no projeto *Bright Futures*, que mostra dezenas de sugestões do que os autores chamam de “perguntas-gatilho”, em todas as faixas etárias (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004). Verifique alguns exemplos:

“Quais preocupações você gostaria de me contar hoje?”

“Ocorreu alguma mudança importante na família, desde a nossa última consulta?”

“Como vocês estão se dando na família?”

“Como está a comunicação na família?”

“Existe algo no comportamento do seu filho que lhe preocupa?”

Segundo Murahovschi (2006) é importante entrar com sutileza na vida do casal, nos seus conceitos, códigos, padrões éticos e religiosos, pensamentos, estrutura familiar e cuidados. Ouvir, trocar ideias, informar e deixar o casal falar. As consultas mais produtivas costumam ser aquelas baseadas nas questões levantadas pela família ou pela criança. Tentar se colocar no lugar dos pais, entender suas fragilidades e ao mesmo tempo criar identificação com a criança. Procurar sempre tirar todas as dúvidas e buscar uma aliança terapêutica com a família. Além disso, evitar a ansiedade na família pode prevenir somatizações e perturbações emocionais.

A comunicação com a família envolve uma carga emocional, às vezes, difícil para o profissional de saúde, e isso é normal. Mas é importante procurar sempre se perceber e refletir sobre os seus sentimentos, ao invés de negá-los.

É útil falar acerca de suas angústias na consulta, em reuniões clínicas, discussões de casos e supervisões.

3.2 A Criança e a Escola

A importância de um bom começo: promoção da saúde em creches. Conforme defende Moyses (2008), evidências científicas nos mostram que o fato de a criança estar matriculada e frequentar uma creche,

por si só, já promove sua saúde. Para as famílias de baixa renda, em especial, o filho na creche possibilita à mãe entrar no mercado de trabalho e contribuir com o bem-estar da criança e da família.

Todos os estabelecimentos oficiais de ensino e educação, como creches e escolas, se mostram como ambientes favoráveis ao desenvolvimento de ações promotoras de saúde.

Dentre as ações promotoras, destacam-se as políticas relativas à alimentação infantil. Em relação ao consumo da sacarose na infância, este está condicionado a múltiplos fatores e, portanto, requer uma abordagem abrangente conforme **Tipo de estratégia e Abordagens**, detalhado no quadro a seguir:

Educação

- Informação sobre o uso da sacarose para professores, crecheiras, cuidadores de crianças, merendeiras, pais e profissionais de saúde.
- Estabelecimento de novos hábitos (consumo inteligente de açúcar), informações, aconselhamento e instrução.

Substituição

- De produtos industrializados, utilizados na merenda, por produtos naturais.
- Do açúcar refinado por adoçante natural.

Preços

- Avaliar com a família, comparativamente, preços de frutas da estação X guloseimas.
- Avaliar a possibilidade da aquisição de produtos naturais diretamente de pequenos produtores (que podem ser da própria comunidade).

Reguladoras

- Orientar os pais a fiscalizarem o cumprimento da legislação que proíbe a venda de guloseimas nas cantinas escolares.
- Incentivar a Associação de Pais e Mestres a manter um diálogo constante com o Poder Legislativo, propondo leis que regulamentem:
Troca de lixo reciclável por frutas da época;
Incentivo às creches/escolas na adoção de dietas naturais;
Diminuição na tributação de adoçantes naturais.

Quadro 8 – Estratégias de abordagem de dieta nos cenários de vivência das crianças.

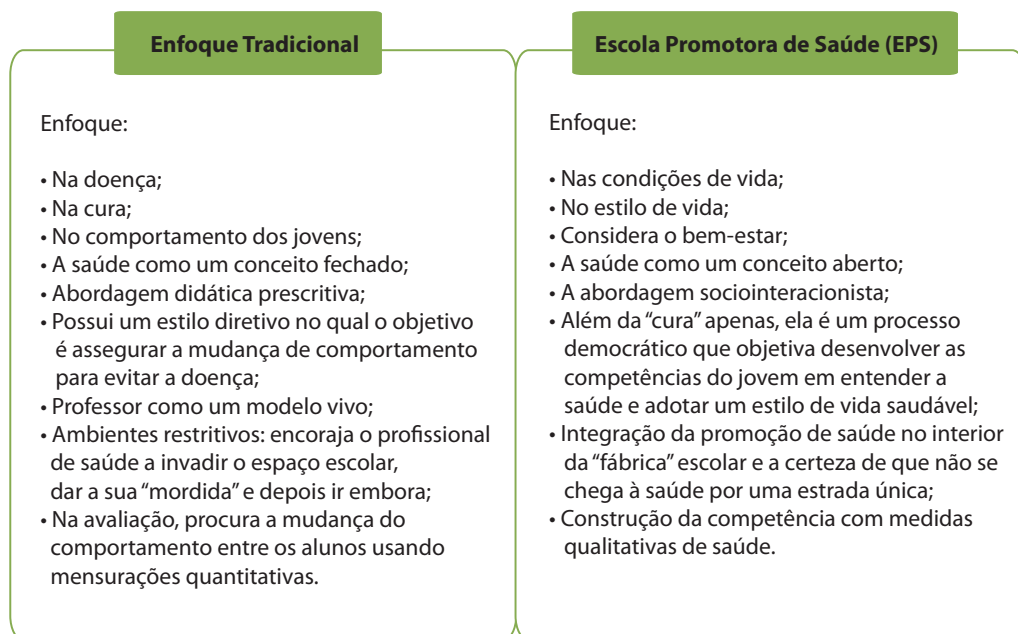
Fonte: SBF, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

3.2.1 A Escola Promotora de Saúde: Maximizando o Desempenho Educacional

A noção de que a escola tem um papel fundamental na promoção de saúde dos jovens não é nova, e a visão atual de promoção de saúde nas instituições de ensino só pode ser plenamente compreendida dentro do amplo contexto de desenvolvimento.

Definição de Escola Promotora de Saúde (EPS): de acordo com a OMS, “a EPS é aquela que fortalece constantemente sua capacidade como estabelecimento saudável para viver, aprender e trabalhar”.

As principais diferenças entre a Escola Promotora de Saúde e “programas tradicionais de saúde na escola” são mostradas no quadro 9:



Quadro 9: Diferença entre o enfoque tradicional de saúde na escola e escola promotora de saúde.
Fonte: Florianópolis, 2009.

É importante que um profissional da Equipe de Saúde da Família saiba se existem programas sobre Saúde do Escolar no seu município. Informe-se.



Visite os seguintes sites:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **School and youth health**. Disponível em: <http://www.who.int/school_youth_health/en/>. Acesso em: 15 fev. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=school_health_promotion>. Acesso em: 15 fev. 2010.

WELCOME to the australian health promoting schools association. Disponível em: <<http://www.ahpsa.org.au/>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Escola de saúde do Rio de Janeiro. **Saúde presente**. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

3.2.2 Alterações na Aprendizagem

Crianças com problemas escolares constituem um desafio e devem ser alvo de cuidado para os profissionais da Equipe de Saúde da Família. A abordagem através de uma equipe multidisciplinar é a forma mais adequada de avaliar e gerir os complexos problemas de aprendizagem (que muitas vezes são a causa do mau desempenho escolar) e sintomas de problemas de saúde. O papel principal do profissional de saúde, neste processo, é identificar e excluir as causas médicas que provocam as dificuldades de aprendizagem.

As crianças com problemas escolares podem ser ajudadas a alcançarem seu potencial pleno, por meio da obtenção da história clínica, social e familiar e da realização de uma avaliação clínica. Também é útil que se esteja familiarizado com o sistema escolar da comunidade e dos direitos da criança à educação apropriada. Além de garantir que o paciente esteja fisicamente saudável, é relevante apoiar os pais e advogar a favor do mesmo. Isto pode envolver a familiarização com as leis educacionais voltadas à construção de ambientes menos restritivos e a comunicação com os funcionários da escola, quando necessário.

Exames complementares só se justificam se o exame físico ou a história sugerir uma condição clínica como a deficiência de ferro, intoxicação por chumbo ou disfunção da tireoide. Outros exames laboratoriais, geralmente, não são úteis.

Há evidências de que a opinião materna é potencialmente útil como subsídio à identificação de crianças com atraso no desenvolvimento, principalmente se a escolaridade materna for alta (DUNCAN, 2004).

Os problemas emocionais nas crianças são muitas vezes ignorados ou minimizados como uma razão para o mau desempenho. Mas é essencial tomar cuidado para que uma criança com pequena variação de comportamento não seja estigmatizada e medicada desnecessariamente.

Alterações de Aprendizagem ou Dificuldade de Aprendizagem (AD) foi definida pelo *National Joint Committee for Learning Disabilities* como: grupo heterogêneo de transtornos que se manifestam por dificuldades significativas na aquisição e uso da escuta, da fala, na leitura, na escrita, dificuldades de raciocínio ou habilidades matemáticas. Conforme Schirme; Fontoura; Nunes (2004):

No Brasil, cerca de 40% das crianças em séries iniciais de alfabetização apresentam dificuldades escolares. Sabe-se que se um aluno com dificuldades de aprendizagem for bem conduzido pelos profissionais de saúde e educação, em conjunto com a família, poderá obter êxito nos resultados escolares.



Saiba mais

Para obter maiores informações sobre o tema, leia os seguintes artigos:

CARVALHO, M. S. C. **Dificuldades de aprendizagem.**

Disponível em: <<http://www.artigonal.com/educacao-artigos/dificuldades-de-aprendizagem-1228106.html?>>. Acesso em: 5 fev. 2010.

CORREIA, L. de M. Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.13, n. 2, Maio/Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382007000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 fev. 2010.

3.3 A Família e os Limites Para a Criança

Sabemos o quanto o estabelecimento de limites faz parte da formação da criança. É importante para o seu desenvolvimento que ela conviva com regras claras que lhe indiquem como agir e quais as consequências de sua conduta.

Mais tarde, tais normas serão imprescindíveis nas mais variadas formas de relação dessa criança. Dar os limites necessários, no momento certo, auxiliará no seu desenvolvimento sadio. O estabelecimento de regras e limites é crucial para o saudável desenvolvimento infantil.

Debater o tema precocemente com a família é uma ação preventiva que a Equipe de Saúde da Família deve assumir visando ao desenvolvimento saudável da criança.

Confira algumas orientações que devem ser passadas aos pais:

- a) encorajar os pais a serem bons exemplos;
- b) reforçar um padrão emocional positivo em casa, através de brincadeiras, ternura e afeição pela criança;
- c) prover interações para a redução de resistência, transmissão de respeito e amenização de situações estressantes;
- d) prover atenção positiva regular, chamando a atenção aos “momentos especiais,” em todas as idades;
- e) escutar cuidadosamente a criança e ajudá-la a usar palavras que expressem seus sentimentos;
- f) flexibilizar, principalmente com crianças mais velhas e adolescentes, ouvindo e negociando, para reduzir os episódios de discordância do comportamento da criança com as expectativas dos pais;
- g) envolver as crianças nas tomadas de decisão;
- h) prover a criança de oportunidades de escolha, sempre que opções apropriadas existirem, e ensiná-la a avaliar as possíveis consequências de tais escolhas;
- i) reforçar os pontos positivos com elogios;
- j) prezar e reforçar o respeito, a comunicação respeitável e as estratégias de resolução colaborativa de problemas;

- k) estabelecer e explicitar regras, porém relaxando em ocasiões especiais (doenças, férias, acontecimentos excepcionais);
- l) ser sempre coerente (agir sempre da mesma maneira) é primordial;
- m) evitar gritos ou punição física.

3.4 Orientações Importantes de Prevenção para a Família

As relações familiares – os mundos conhecidos da rotina da casa – tornam-se as primeiras referências da criança. É no seio da família que ocorre o desenvolvimento humano e as experiências de vida da primeira infância (primeiros seis anos de vida) são fundamentais para uma vida adulta saudável.

Assim, atender a criança integralmente significa possibilitar que ela organize suas experiências de ser criança, de tal maneira que sejam atendidas suas necessidades humanas essenciais, ou seja, de transitar de sua condição biológica para um ser da cultura, com identidade e subjetividade próprias e singulares.

Nesta perspectiva, cabe à família orientar e preservar as crianças de todas as agressões do meio ambiente e da sociedade. Cabe, portanto, ao profissional da Equipe de Saúde da Família orientar os familiares para as ações preventivas e educativas que possibilitem a criança a se tornar um adulto saudável física, emocional e socialmente.

Trataremos a seguir de alguns temas propícios a uma orientação mais direta dos profissionais da Equipe de Saúde da Família às famílias atendidas em seu território. Veja com atenção.

3.4.1 Fumo

- a) avaliar exposição ao fumo;
- b) se houver alguém fumando próximo à criança, referir-se a criança como fumante passivo;
- c) encorajar o fumante a parar de fumar, ressaltando que o fumo passivo é uma das principais causas de hospitalização em crianças por doenças como bronquiolite e pneumonia, e que é causa frequente de infecção de ouvido e de colonização pelo *Streptococcus mutans* (germe causador da cárie). Ressaltar, ainda, a maior chance de ocorrer retardo no desenvolvimento das funções pulmonares das crianças, a maior chance de os filhos fumarem quando ficarem mais velhos e a importância, para a saúde de quem fuma, de deixar o cigarro;

- d) familiares que estão dispostos a parar de fumar devem ser apoiados e encorajados a começar a planejar seriamente como isto vai acontecer. Se possível, devem ser encaminhados para um grupo antitabagista de referência e receber material didático.



Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

3.4.2 Atividade Física

Avaliar, com a família, o nível dos exercícios e o tempo gasto com atividades físicas;

- a) avaliar o tempo sedentário (televisão, telefone, jogos eletrônicos e computador);
- b) enfatizar para a família os benefícios da atividade física regular;
- c) discutir o fato de que os hábitos para uma vida saudável iniciam-se na infância;
- d) encorajar a diminuição do tempo de sedentarismo (não mais que 2h) e aumentar o tempo brincando;
- e) individualizar os benefícios da atividade física, inclusive a sensação de bem-estar;
- f) incentivar, precocemente, a adoção de um estilo de vida ativo, a ser iniciado, idealmente, aos dois anos e mantido pelo resto da vida;
- g) incentivar atividades físicas moderadas, regulares, por 30 a 60 minutos/dia, na maior parte dos dias – 150 a 300 minutos/semana. (Atividade física moderada: aquela que precisa de algum esforço físico e que faz respirar um pouco mais forte do que o normal.);
- h) mesmo os pequenos aumentos na atividade física são benéficos;
- i) encorajar atividades que promovam benefícios à saúde. Estas atividades devem:

aumentar o gasto calórico;

melhorar o condicionamento cardiovascular;

ter um baixo risco;

desenvolver e manter o tônus muscular e a flexibilidade das articulações.

- j) encorajar atividades que promovam adesão por longos períodos. Estas atividades devem procurar ser: prazerosas, convenientes, não custarem caro, produzir baixa percepção do ato de exercitar-se;
- k) incentivar os que já se encontram em atividade física regular a se manterem na mesma;
- l) instruir os pais a planejar atividade física (jogos, brincadeiras e esportes) ao invés de refeições como parte da recompensa ao bom desempenho da criança;
- m) instruir os pais da importância de serem modelos de um estilo de vida ativo e de oportunizarem aos filhos o aumento contínuo da atividade física.

3.4.3 Televisão

Estimular as seguintes ações:

- a) promover ações com maior interatividade como conversar, brincar, cantar e ler em conjunto;
- b) limitar o tempo gasto com TV, filmes, video games e afins a não mais do que uma a duas horas por dia;
- c) monitorar os programas assistidos por crianças e adolescentes. A maioria dos programas deve ser informativo, educacional e não violento;
- d) assistir programas de televisão com as crianças e discutir seu conteúdo;
- e) encorajar entretenimentos alternativos para as crianças como ler, atividades físicas, hobbies e brincadeiras criativas.

3.4.4 Proteção Contra Raios Ultravioletas (UV)

O profissional de saúde deve prover informações sobre o tema nas consultas de puericultura.

- a) todos os pais e crianças devem receber informações a respeito de proteção solar, não importando a idade ou a cor da pele;
- b) crianças menores de seis meses devem ser mantidas fora da luz solar direta, estando desaconselhados os banhos de sol. Estas crianças devem ser mantidas sob árvores, sombrinhas ou carrinhos cobertos, lembrando que as sombrinhas e as coberturas de carrinho reduzem em apenas 50% os raios UV. Usar o protetor solar, em pequenas superfícies, somente se a proteção física for inadequada;
- c) crianças maiores de seis meses devem receber protetor solar com fator maior ou igual a 15 sempre que estiverem em situações em que haja possibilidade de irradiação solar. Protetores labiais também devem ser aconselhados;
- d) as atividades devem ser selecionadas para evitar exposição entre 10h e 16h;
- e) considerar vestir as crianças com calças compridas leves e camisas de manga comprida durante o verão, em situações em que possam ocorrer queimaduras. Tomar cuidado com dias nublados, pois apresentam o maior índice de queimadura;
- f) bonés devem ser usados com aba para a frente, para a proteção da face e dos olhos.

3.4.5 Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS)

Prover informações a pais de crianças com idade menor ou igual a dois anos (preferencialmente no primeiro ano e alguns meses antes de iniciar o inverno) a respeito de:

- a) prevenção das IVAS;
- b) frequência, sintomas e história natural das IVAS;
- c) tipos de doenças respiratórias que acometem as crianças;
- d) sintomas sugestivos de outras doenças que não IVAS;

- e) avaliação do estágio da doença e sinais de alerta;
- f) cuidado domiciliar das IVAS;
- g) higiene adequada das mãos.

3.4.6 Posição para Dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS)

- a) colocar a criança para dormir sempre em posição supina, mesmo em breves períodos de sono, principalmente se esta já é a posição de costume da criança;
- b) usar superfície firme para dormir;
- c) manter a temperatura do quarto agradável;
- d) até o sexto mês, colocar a criança para dormir no quarto dos pais, mas em leito próprio;
- e) desaconselhar que pais durmam em coleito com a criança.

3.4.7 A Chupeta

Se possível, deve ser evitada, mas se houver uso, orientar:

- a) a chupeta não deve ser molhada em soluções adoçadas;
- b) a chupeta deverá ser oferecida apenas no momento do sono, não devendo ser reinsertada uma vez que a criança durma;
- c) crianças amamentadas ao peito não necessitam de bicos, chupetas e mamadeiras.

3.4.8 Leitura para Pré-Escolares

- a) promover e estimular que pais leiam precocemente (seis meses a cinco anos) para as crianças;



Saiba mais

Para maiores informações sobre método de promoção de leitura precoce para pacientes de baixa renda, acessar o site do:

REACH OUT AND READ NATIONAL CENTER. Disponível em: <<http://www.reachoutandread.org/>>. Acesso em: 31 jan. 2010.

3.4.9 Prevenção de Acidentes

- a) Os acidentes são um dos maiores problemas mundiais de saúde pública. As causas externas respondem por 53% da sobrecarga total das dez principais doenças entre cinco a 14 anos de idade;
- b) há evidências suficientes para recomendar orientação sobre este tema em todas as consultas de rotina.



Saiba Mais

Ver tabela de Guia de Procedimentos em puericultura na próxima unidade. Ver também:

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 21.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade estudamos as questões complexas com as quais o profissional da equipe de saúde da família deve estar apto a lidar em seus atendimentos à criança. No início abordou-se a importância da comunicação com a criança e a família. O texto enfocou também o ambiente escolar como espaço para o trabalho de educação em saúde e prevenção de doenças e agravos com escolares. Foram analisadas as questões familiares que envolvem o desenvolvimento saudável da criança, como o estabelecimento de limites e dos exemplos. Por fim, abordou-se questões que podem ser trabalhadas e estimuladas pelo profissional de saúde, bem como as orientações diretas à família em relação a hábitos nocivos como o tabagismo, proteção contra os raios UV, prevenção de acidentes, estímulo às atividades físicas e outros temas básicos.

REFERÊNCIAS

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MOYSÉS, M. A. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. 2. ed. rev. e ampl. Campinas: Mercado de Letras; FAPESP, 2008.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Educação. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo de Discussão para Implantação da Rede de Escolas Promotoras de Saúde de Florianópolis. **Bases conceituais para o desenvolvimento da rede de escolas promotoras de saúde de Florianópolis: uma breve revisão**. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://iv.org.br/docman/view.php/754/89822/Bases%20conceituais%20para%20documento%20final.doc>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

SCHIRMER, C. R. ; FONTOURA, D. R. ; NUNES, M. L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-S95/port.asp#autor1>>. Acesso em: 25 fev. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (São Paulo). Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. São Paulo, 2006.

PARTE II

MÓDULO 5

PARTE II

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro(a) especializando(a),

As próximas unidades abordam as especificidades e contribuições da área de Odontologia para a operacionalização da Estratégia Saúde da Família, no que se refere à Saúde da Criança.

A linha de organização do texto teve como base as principais ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista e equipe de saúde bucal, os diferentes espaços de atuação e a coordenação da atenção em saúde bucal a partir da atenção básica.

O texto traz um referencial atualizado no que se refere às evidências científicas na área e procura inovar ao contextualizar a prática da equipe de saúde bucal no contexto multiprofissional e interdisciplinar, pressuposto fundamental à organização do processo de trabalho, na lógica da Estratégia Saúde da Família.

Você encontrará subsídios para trabalhar com a saúde da criança de uma forma ampliada: abordamos o processo de trabalho individual e coletivo, em diferentes espaços como a Unidade Básica de Saúde, a comunidade, o domicílio e claro o consultório odontológico!

Identificamos possibilidades de atuação conjunta envolvendo os agentes comunitários de saúde, a equipe de saúde bucal, a equipe básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, os Centros de Especialidade Odontológica entre outras.

Pretendemos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro desafio para a Odontologia!

Apresentamos abaixo a estrutura do Módulo e desejamos uma excelente leitura!

Ementa

Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança. A criança, o meio ambiente, e a família. Promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

Objetivos

- a) Identificar a saúde bucal da criança, os principais agravos e as possibilidades de tratamento no âmbito da atenção básica numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar;
- b) Conhecer as características normais do crescimento e do desenvolvimento infantil com vistas ao desenvolvimento de ações específicas e interdisciplinares;
- c) Refletir sobre a organização da atenção à saúde bucal na lógica de linha do cuidado por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Ações Coletivas Voltadas à Promoção da Saúde da Criança e à Prevenção de Doenças Bucais na Infância

Unidade 2: Ações Individuais no Cuidado aos Principais Agravos à Saúde Bucal da Criança

Unidade 3: Referência à Atenção Secundária e Terciária e Contrarreferência à Atenção à Saúde da Criança

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Iniciaremos o Módulo Saúde da Criança, voltado especificamente à área de Odontologia. Nosso ponto de partida são as questões que foram abordadas na Parte 1, que agora serão retomadas e aprofundadas de acordo com as especificidades do trabalho do dentista.

No entanto é importante que você tenha sempre em mente que sua atuação não é individual. O sucesso do seu trabalho depende do grau de interação que existe entre você e os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Portanto, discutiremos com maior profundidade a importância de um planejamento conjunto e da sintonia no trabalho da equipe para melhorar a Atenção à Saúde da Criança. Abordaremos os principais agravos à saúde bucal infantil e o desenvolvimento de ações ligadas à ideia de cuidados envolvendo as crianças, a família, os professores e a comunidade em geral.

Bons estudos!

Daniela Lemos Carcereri
Daniela LorenzoniDeniz Faccin
Carla Miranda

UNIDADE 4

MÓDULO 5

4 AÇÕES COLETIVAS VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E À PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS NA INFÂNCIA

Quando você pensa sobre “atividades coletivas em saúde bucal”, o trabalho em escolas certamente é uma das primeiras ideias que lhe ocorre, não é? A atuação com escolares foi uma das primeiras ações de enfoque coletivo na Odontologia, juntamente com a fluoretação da água. Iniciado na década de 1950, segue ainda hoje como uma das principais atividades desenvolvidas pelo dentista no serviço público.

Hoje, no entanto, esse trabalho está inserido em outro contexto e, por esse motivo, possui outros pressupostos. Mas em que mudaram as atividades na escola? Qual é a relação entre o trabalho em escolas e a Estratégia Saúde da Família? E quais atividades coletivas, além do trabalho nas escolas, a equipe de saúde bucal pode desenvolver?

Você já estudou alguns conceitos como longitudinalidade, vínculo e vigilância em saúde.

Agora vamos partir desses conceitos para pensar como as ações coletivas podem ser utilizadas de forma articulada e em um contexto amplo, integradas a outras ações da rede de saúde, tendo em vista o objetivo de promover a saúde na infância. Iniciativas que suportem a saúde física, mental e social de forma sustentável na escola certamente terão impacto na condição da saúde bucal de toda a comunidade escolar.

Ao final desta Unidade, portanto, você estará apto a identificar possibilidades de realização de trabalho coletivo e interdisciplinar em saúde bucal com crianças e a desenvolver ações nesse sentido.

Pronto para começar? Então vamos lá!

4.1 Atividade de Educação e Prevenção em Escolas e Creches

O novo cenário de conceitos e práticas na saúde pública fez com que a escola odontológica passasse a desempenhar outro papel em relação à saúde, deixando de ser um espaço de intervenções focalizadas no “mundo da boca” para abrir campo ao desenvolvimento de ações integradas à saúde da criança em geral. A escola, portanto, vem deixando de ser um local voltado para um trabalho centrado em *atividades curativas* para transformar-se em espaço de potencialização do autocuidado e da educação em saúde.

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), elaborados pelo Governo Federal, transmitir informações sobre o funcionamento do corpo e sobre as características das doenças e ensinar hábitos de higiene não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudáveis. É preciso que a escola eduque para a saúde levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes do dia a dia na escola. Por essa razão, foi estabelecido que a saúde é um tema transversal, ou seja, deve permear todas as áreas que compõem o currículo escolar (BRASIL, 1997).



Saiba Mais

Os Parâmetros Curriculares Nacionais constituem um referencial a partir do qual se desenvolve o processo educativo em todo o país. O documento abrange a educação infantil, o ensino fundamental e o médio e está dividido em várias publicações, que estão disponíveis no site do Ministério da Educação. Acesse e conheça!

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

De acordo com os PCN, a escola deve permitir que os alunos reelaborem seus conhecimentos de maneira a conformar valores, habilidades e práticas favoráveis à saúde. Dessa forma espera-se que eles possam estruturar e fortalecer comportamentos e hábitos saudáveis, tornando-se sujeitos capazes de promover mudanças que repercutam tanto em sua vida pessoal quanto na qualidade de vida da coletividade.

Nesse contexto, a potencialização do trabalho do professor só será obtida se os profissionais de saúde atuarem de forma conjunta, trocando informações e fornecendo subsídios suficientes ao desenvolvimento das ações educativas. Foi nessa perspectiva de integração intersetorial que os Ministérios da Educação e da Saúde criaram, em parceria, o Programa Saúde na Escola (PSE), que apresenta como um dos seus objetivos a articulação das ações das Equipes de Saúde da Família às das escolas da rede pública de ensino.



Para conhecer o Programa Saúde na Escola, acesse:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Programa saúde na escola. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em: 25 de fev. 2010.

Mas, mesmo com esses avanços conceituais nas áreas da saúde e da educação, a relação entre a Odontologia e as escolas de formação dos odontólogos ainda tem muito a amadurecer. Uma das principais críticas a essa relação diz respeito ao tradicional modo de inserção dos profissionais da saúde, que acontece de forma pontual e descontextualizada da realidade escolar e em que os alunos e os professores desempenham papel de meros receptores de informações. Isso pode ser explicado por uma série de fatores, dentre os quais estão o processo histórico e as características de formação do cirurgião-dentista.

A preocupação do dentista com a demanda por atendimento clínico e a própria cobrança da gestão nesse sentido contribuem para que as atividades coletivas assumam um papel secundário.

No entanto, devemos lembrar que a escola se constitui como excelente espaço para trabalhar conteúdos de saúde bucal, assim como para introduzir o hábito da higiene bucal e desenvolvimento da habilidade no processo de escovação dental. A supervisão da escovação dental das crianças é mais comum no ambiente escolar, mas esta atividade também pode ser estendida a outros espaços no território de abrangência da UBS. Neste caso, uma possibilidade interessante é viabilizar sua integração ao trabalho educativo com grupos. Em locais onde estão previstas ações coletivas periódicas, como é o exemplo das escolas e creches, o dentista pode utilizar um índice de higiene, como o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) para fins de monitoramento.

Mas não basta apenas querer promover a escovação diária nas escolas. Para que a mesma possa ser realizada, são imprescindíveis a estrutura adequada (“escovódromos”) e a previsão de acesso aos materiais de higiene bucal. Nas creches, de forma geral, a permanência das crianças em horário integral e a maior flexibilidade de horários tornam esta atividade mais viável.



Saiba Mais

Para saber mais sobre as ações de prevenção, você pode consultar o seguinte material:

MOYSÉS, S. T. **A importância das ações de prevenção e promoção à saúde bucal para a comunidade escolar.** Revista Brasileira Saúde da Família, Brasília, ano 9, n. 20, 10 fev. 2008.

Mas, retornando ao modelo tradicional das ações pontuais de saúde bucal nas escolas, podemos citar entre os obstáculos para a sua superação a fragmentação das ações da equipe de saúde, a falta de um tempo destinado ao planejamento local de saúde e a falta da própria capacitação dos profissionais envolvidos.

Outro fato importante é que a escola, por sua vez, apresenta-se como campo de estágio para várias profissões, que acabam apresentando diferentes tipos de projetos, ficando então sobrecarregada, passando a assumir uma quantidade crescente de responsabilidades e cobranças. Além disso, as metodologias utilizadas pelos responsáveis por estes projetos nem sempre são apropriadas e acabam por desestimular alunos, professores e até mesmo os próprios profissionais.

Então como se pode mudar este panorama? A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa para a Odontologia a possibilidade de resignificar as ações de saúde bucal nas escolas e creches.



Saiba Mais

Você pode pesquisar outras práticas pedagógicas de educação em saúde, acessando:

RIO DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Educação. **Caderno de educação em saúde:** um guia para educadores e profissionais de saúde. Disponível em: <<http://www.riodosul.sc.gov.br/portal/principal.php?pg=4660>>. Acesso em: 26 fev. 2010.

RIO DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Educação. **Práticas pedagógicas de educação em saúde.** Disponível em: <<http://www.riodosul.sc.gov.br/portal/principal.php?pg=4660>>. Acesso em: 26 fev. 2010.

A superação deste modelo, descontextualizado da realidade escolar e que possui um impacto limitado, exige que os profissionais da equipe de saúde bucal, além de conhecer os recursos metodológicos que vão ser empregados nas ações com os escolares, fiquem atentos a alguns princípios que as nortearão. A seguir, disponibilizam-se princípios e estratégias para atividades educativas.

4.1.1 Princípios e Estratégias Metodológicas para as Atividades de Educação em Saúde

Fazendo uma pesquisa rápida na internet, você pode encontrar uma série de estratégias metodológicas para utilizar nas escolas. Mas qual é mesmo o objetivo da atividade? E em que medida ela vai contribuir para a ampliação do conhecimento ou para a sensibilização dos alunos?

Esse tipo de questionamento deve preceder qualquer atividade educativa. É muito importante que você tenha clareza dos objetivos que precisa cumprir ao longo do ano letivo, com determinada turma de alunos, para direcionar suas atividades.

Se você já tem alguma experiência no trabalho em escolas, deve ter vivenciado alguma situação em que os alunos contam histórias pessoais ou perguntam a respeito de curiosidades sobre os dentes. O profissional de saúde deve estabelecer um planejamento flexível, que lhe permita atender esse tipo de demanda. Essa flexibilidade na abordagem dos tópicos indicados – que leva em consideração as experiências e as necessidades sentidas e expressas pelos próprios alunos – é necessária a fim de que os conteúdos ganhem significado e potencialidade de aplicação.

As propostas tradicionais de educação em saúde são ancoradas em práticas comunicacionais *unidirecionais*, ou seja, que não possibilitam o **diálogo** nem a efetiva **participação** dos alunos, características fundamentais à construção de um conhecimento emancipatório que produza autonomia em relação aos cuidados com a saúde bucal.

De acordo com os PCN, a educação em saúde requer a adoção de abordagens metodológicas que permitam ao aluno identificar problemas, levantar hipóteses, reunir dados, refletir sobre situações, descobrir e desenvolver soluções comprometidas com a promoção e a proteção da saúde pessoal e coletiva e principalmente aplicar os conhecimentos adquiridos. Isso tende a se repetir na atuação do odontólogo junto à população.

Dessa forma os profissionais devem utilizar metodologias que promovam a participação ativa do aluno, valorizando seu **conhecimento prévio** sobre o tema e permitindo que ele produza uma **leitura própria** das informações que recebe. No entanto, além da adequação dos recursos metodológicos, é importante que o profissional de saúde tenha conhecimentos básicos sobre estratégias de comunicação utilizadas na coordenação de grupos. Alguns exemplos são:

- a) valorizar as dúvidas e as considerações dos alunos;
- b) resgatar e relacionar as falas;
- c) incentivar a participação por meio de questionamentos ao grupo;
- d) realizar um fechamento da atividade.



Na Prática

Um dos muitos exemplos de estratégias para trabalhar com crianças é o Jogo das Perguntas. Nele os temas são trabalhados a partir de perguntas, conforme os objetivos da atividade. São colocadas questões sobre saúde bucal dentro de uma caixa ou balão, que circula entre os alunos enquanto uma música toca. Quando a música é interrompida, o aluno retira da caixa uma pergunta ou estoura o balão que contém a pergunta. A princípio a criança deverá responder, e, se não conseguir, pedirá ajuda aos colegas. Feito isso, o coordenador fará suas considerações sobre o assunto tentando envolver o grupo. Além de utilizar materiais de fácil acesso, o Jogo das Perguntas é uma atividade dinâmica, que promove a interação e que leva em consideração o conhecimento prévio dos alunos. Não esqueça que a escolha da estratégia precisa considerar a idade e o nível de compreensão das crianças! Pois, se não for adequada à faixa etária, é provável que ela provoque desinteresse entre as crianças e os seus objetivos não sejam cumpridos.

No caso de creches, uma atividade mais adequada às crianças em idade pré-escolar é o Jogo dos Desenhos, que consiste em uma brincadeira em que a saúde bucal é trabalhada a partir de desenhos para colorir. O coordenador da estratégia deverá levar figuras que expressem ideias relacionadas à saúde bucal. Utilizando um dado, cada criança sorteará seu desenho, que deverá ser apresentado aos colegas. A seguir, serão feitos questionamentos sobre a ilustração. As crianças vão se divertir pintando e, ao mesmo tempo, discutindo suas opiniões, além de escutarem as complementações do coordenador.

Essas são algumas ideias de desenhos que você pode utilizar no desenvolvimento dessa atividade. Existem muitos outros exemplos que podem ser encontrados em tamanho adequado para impressão e podem ser utilizados livremente.

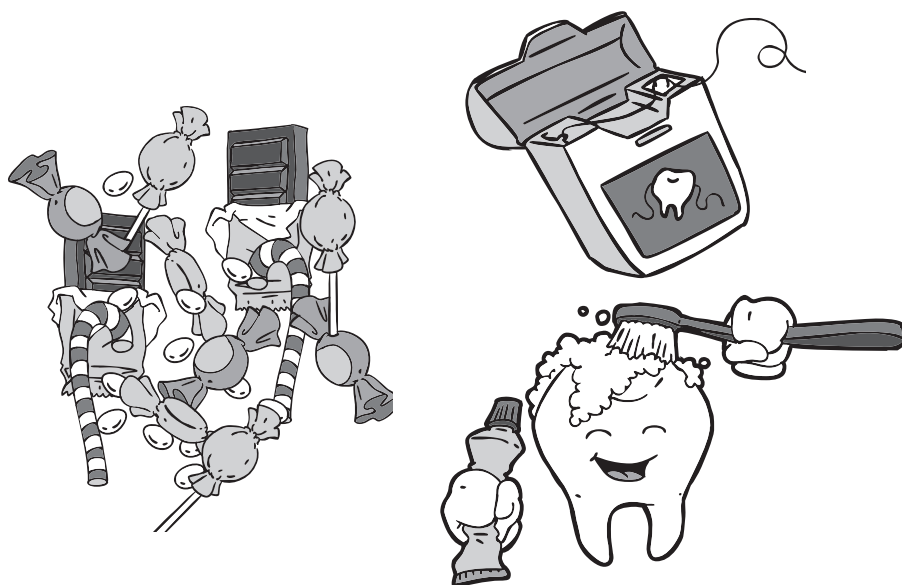


Figura 10: Jogo dos desenhos.

Algumas sugestões de estratégias para trabalhos com crianças:

- a) sensibilização dos alunos através da exposição de fotografias ou de trabalhos realizados por eles, assim como concursos e premiações para os trabalhos apresentados (“Certificado do Sorriso Saudável”, “Boletim de Escovação”, etc);
- b) visita orientada ao consultório odontológico;
- c) produção de maquetes com materiais recicláveis;
- d) criação de textos, desenhos, cartazes, histórias ilustradas;
- e) dramatizações, teatro de fantoches, músicas;
- f) caracterização das dentições com massa de modelar ou outros materiais;

- g) pesquisas, entrevistas e campanhas desenvolvidas pelos alunos;
- h) interpretação de textos;
- i) jogos e dinâmicas de grupo;
- j) participação em Feira de Ciências.

Como você pode ver, as possibilidades são inúmeras. Mas a realização das atividades dependerá dos recursos disponíveis, da criatividade e das habilidades dos profissionais de saúde e dos educadores envolvidos. Como foi mencionado anteriormente, independentemente da estratégia escolhida, o coordenador da atividade deve ter sempre em mente os objetivos propostos.

Algumas das atividades citadas envolvem a produção de textos, desenhos, maquetes e outros materiais pelos alunos. Embora não seja papel do profissional de saúde realizar a avaliação desses trabalhos, é importante destacar que ela pode trazer contribuições ao planejamento das ações. A avaliação hoje é compreendida como um conjunto de atuações que tem a função de alimentar, sustentar e orientar a intervenção pedagógica.

Vale enfatizar, portanto, que a produção dos alunos é uma importante amostra do nível de compreensão sobre o tema trabalhado. A partir da avaliação dessa produção, o profissional de saúde terá subsídios para estruturar o planejamento das próximas atividades, definindo os conteúdos e o nível de profundidade em que devem ser abordados.

Lembre-se de que, além das atividades educativas propriamente ditas, a educação em saúde deve permear todas as ações desenvolvidas na escola. Durante uma atividade de aplicação de flúor, por exemplo, você pode auxiliar o aluno a identificar os primeiros molares permanentes, reforçando a importância da higienização.

4.1.2 Educação em Saúde e Interdisciplinaridade



Na Prática

O trabalho de educação em saúde é responsabilidade única dos profissionais de saúde? Ele pode ser compartilhado? Preste atenção nas duas situações propostas a seguir.

Imagine, por exemplo, que você foi até a escola e passou um vídeo educativo para uma turma do 4º ano. Ao final da sessão, você fez algumas perguntas sobre o que foi tratado no vídeo, mas nem todas as crianças tiveram interesse em responder, e a atividade terminou por ali mesmo.

Agora, por outro lado, imagine que você conseguiu envolver alguns professores nessa atividade. Depois da exposição do vídeo, o professor da turma solicitou que os alunos produzissem um texto relatando o que compreenderam a respeito do assunto. A professora de artes, por sua vez, propôs a realização de uma “campanha” sobre saúde bucal, através da produção de cartazes.

Certamente esse trabalho integrado tem um impacto maior do que a inserção da sua atividade isoladamente, não é verdade? Mas quem pode auxiliá-lo nisso, construindo uma ponte entre você e os professores?

Os **orientadores pedagógicos**, como responsáveis por intermediar conflitos escolares e ajudar os professores a lidar com suas dificuldades, têm um papel importantíssimo nesse processo. Juntamente com os profissionais de saúde, eles incentivam o professor a desenvolver outras atividades a partir do que é proposto em sala de aula, a fim de dar continuidade ao trabalho e reforçar os conhecimentos. Esse trabalho em grupo é fundamental e a Equipe de Saúde Bucal deve planejar as ações em conjunto com os professores sempre que for possível.

É importante que você esteja atento e solicite a avaliação dos professores em relação às suas atividades, no dia a dia do seu trabalho. O professor tem plenas condições de avaliar a metodologia das atividades, a linguagem utilizada, a interação com os alunos e o nível de compreensão das informações, contribuindo para melhorar a qualidade das ações.

Como já foi mencionado, os PCN estabelecem que a saúde é um tema **transversal**, devendo permear diferentes atividades desenvolvidas pela escola. Por isso é interessante que o professor organize trabalhos de diversas áreas em função de problemáticas de saúde. Assim, ao tratar desses temas, os alunos aprenderão a lançar mão de conhecimentos de Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História, Geografia, entre outros, na busca de soluções para questões reais. Fazer campanhas ou seminários, mobilizando diversas classes, e realizar pesquisas, divulgando as informações produzidas, são formas de aprender, de socializar conhecimentos e de desenvolver atitudes de compromisso com a saúde coletiva.

Nesse sentido, é importante que você conheça a Proposta Curricular (documento que orienta o processo educativo) do seu município e o Projeto Político-Pedagógico (conjunto de princípios que norteia o planejamento em cada unidade escolar) de cada escola em que atua ou vai atuar, e suas especificidades, a fim de integrar suas ações com o trabalho do professor.

Nas propostas curriculares do 2º ano do ensino fundamental, por exemplo, normalmente constam temas ligados aos cuidados com a higiene pessoal. Você pode então perguntar ao professor que atividades ele pretende desenvolver dentro desse tema e assim inserir as ações de saúde bucal.

Os eventos realizados pela escola também são uma oportunidade de desenvolver ações de saúde. De acordo com os PCN, recomenda-se que as ações envolvam a família, assim como outros grupos de forte presença social influentes na opinião entre os alunos. Eventos realizados nas escolas ou na comunidade geram momentos privilegiados de relacionamento com familiares, propiciando, por exemplo, debates sobre as práticas alimentares ou sobre os cuidados com o corpo. As reuniões de pais se configuram como outra oportunidade de contato com a família, nas quais podem haver inserção dos profissionais de saúde, dependendo da disponibilidade da escola.

Como você já aprendeu no Eixo 1, o trabalho interdisciplinar é um dos mais importantes pressupostos da ESF para a reorganização do processo de trabalho em saúde, tendo em vista uma abordagem integral e resolutive.

O fato de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões torna mais complexo o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto. Portanto a eficácia das ações no campo da saúde requer uma modalidade de trabalho em equipe que integre as diferentes áreas e os distintos profissionais, além de possibilitar a construção de um projeto no contexto do trabalho nas escolas, as ações de saúde requerem um planejamento prévio no sentido de evitar a atuação fragmentada dos profissionais de saúde. A alimentação é um exemplo de tema que pode gerar esse problema. As orientações da Odontologia quanto aos hábitos alimentares costumam limitar-se à restrição de carboidratos na dieta, em especial a sacarose. Em paralelo, médicos e enfermeiros desenvolvem atividades sobre o tema acrescentando outras recomendações quanto à alimentação saudável. Nessa situação, uma atuação interdisciplinar significaria planejar as ações em equipe, tendo como referências objetivos compartilhados, mesmo que nem todos os profissionais participem da ação propriamente dita.

Um aspecto importante do trabalho em grupo diz respeito à divisão de responsabilidades na Equipe de Saúde Bucal. De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, recomenda-se que as atividades coletivas sejam executadas preferencialmente por Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Já o planejamento, a organização, a supervisão e a avaliação das atividades ficam sob responsabilidade do dentista.

4.2 Considerações Gerais Sobre o Trabalho em Escolas e Creches

A saúde é um campo inerente à rotina escolar, uma vez que se constrói na vida cotidiana da criança. A escola é um cenário importante para a promoção da saúde, porque nela permanecem e convivem alunos, pais e professores, formando uma rede de relações que atua diretamente no processo de socialização da criança.

Pensando nas escolas e creches como espaços do território de abrangência, precisamos entender que, sob a lógica da ESF, a atuação nessas instituições deve estar inserida em um **planejamento local de**

saúde, elaborado a partir do diagnóstico das necessidades locais. Particularmente em relação à saúde bucal, o uso de ferramentas da epidemiologia é fundamental para realizar esse diagnóstico, que auxiliará a informar e sensibilizar os diferentes atores envolvidos, além de subsidiar o planejamento das ações. As atividades desenvolvidas devem ainda estar integradas a outras ações de saúde, dirigidas aos indivíduos e aos diferentes grupos populacionais do território.

Para refrescar sua memória, leia novamente o Módulo 3 do Eixo 1: Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia.

Considerando que a parceria dentista-escola já acontece há décadas, hoje as escolas mostram, de forma geral, uma boa receptividade às ações de saúde bucal. No entanto uma das maiores queixas são os **trabalhos descontinuados**, que acabam prejudicando o planejamento dos professores e possuem pouco ou nenhum impacto sobre os conhecimentos e atitudes dos alunos. Uma vez que os hábitos constroem-se cotidianamente, deve-se gerar oportunidades de aplicação sistemática que despertem o interesse dos alunos, dos professores, dos pais e da comunidade escolar. Os profissionais de saúde e educação devem mobilizar esforços, inclusive junto à gestão, para garantir que o trabalho seja permanente.

Além de desenvolver um trabalho, de caráter permanente, integrado **ao planejamento escolar**, é importante que os profissionais tenham o **cuidado** de planejar as ações e cumprir as **metas estabelecidas**.

A atuação permanente dos profissionais de saúde na escola promove o **vínculo** com os alunos e suas famílias. O vínculo, por sua vez, abre caminho para as ações de educação em saúde realizadas em outros espaços e inclusive pode facilitar o condicionamento da criança, mesmo quando esta precisa de intervenções clínicas mais invasivas. Durante a consulta individual da criança, por exemplo, o dentista pode relembrar as informações que já foram trabalhadas na escola para auxiliar na orientação da técnica de escovação.

Outro benefício da atuação permanente é a **longitudinalidade do cuidado**, uma vez que a frequente inserção na escola facilita o

acompanhamento das crianças. A consolidação do trabalho nos colégios, juntamente com outras ações coletivas, promove uma **associação positiva em relação à Odontologia** por parte das crianças e suas famílias. Isso significa que o dentista deixa de ser o profissional a ser acionado quando a criança apresenta dor ou alguma necessidade de intervenção evidente e passa a ser um profissional associado à ideia de *cuidado*.



Saiba Mais

Para obter outras informações sobre esses aspectos, você pode consultar o seguinte material:

BONECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência**: conhecimentos e práticas. São Paulo: Santos, 2004.

O **registro das atividades** também se configura como um aspecto importante, que pode trazer muitos benefícios ao trabalho com os alunos. O registro na forma de fotografias, vídeos e relatos escritos é uma ferramenta que valoriza e dá visibilidade ao trabalho, motiva a comunidade escolar e os profissionais de saúde, além de ser um meio de compartilhar as ações desenvolvidas com as famílias. Ou seja, permite que outros profissionais que venham a atuar na mesma escola conheçam o histórico dos trabalhos já desenvolvidos.

Com relação ao **planejamento das atividades**, a equipe deve considerar alguns pontos importantes, representados através das perguntas a seguir.

Que atividades relacionadas à saúde já foram realizadas por professores e profissionais de saúde? Quais obtiveram êxito? Quais foram as dificuldades ou os aspectos problemáticos? O que foi feito para contorná-los?

A escola já estabeleceu parcerias com a comunidade ou com o município para desenvolver alguma atividade?

Quais são as potencialidades dessa escola/creche, em termos de estrutura física, de recursos materiais e humanos e de atividades já desenvolvidas? Que oportunidades a instituição oferece para a inserção da equipe?

Quem são as “pessoas-chave” da instituição, que demonstram interesse nas ações de saúde e podem auxiliar/facilitar a inserção da equipe? Onde estão as “resistências” em relação à inserção da equipe?

Quais são as expectativas da instituição quanto ao trabalho proposto?

Esses questionamentos devem permear todo o processo de trabalho nas escolas e creches. O planejamento deve ser um processo dinâmico e as ações precisam adaptar-se ao contexto, ou seja, devem ser flexíveis no sentido de incorporar novas ideias e propostas que surgirem durante o percurso.

A respeito das **resistências**, é preciso que a equipe de saúde esteja ciente de que existe uma grande quantidade de demandas por educação, prevenção e tratamento, que nem sempre são solucionadas. Por isso nunca deixe de considerar a percepção dos professores quanto à importância dessas ações de saúde bucal. Essa atitude certamente facilitará o desenvolvimento do seu trabalho.

Como você já pôde ver, a participação do professor é fundamental no desenvolvimento das atividades educativas. O trabalho da Odontologia, em conjunto com o professor, fortalece o impacto das atividades, especialmente porque a referência à saúde bucal se torna permanente e o tema passa a ser desenvolvido em diferentes abordagens. Além disso, o trabalho integrado une o conhecimento técnico do dentista e o conhecimento pedagógico do professor, constituindo-se em uma estratégia de educação permanente.

No entanto, a aceitação do professor em relação às ações de saúde bucal nem sempre é “automática”. Para que o professor se envolva nas ações de saúde bucal, em primeiro lugar, ele precisa compreender que as doenças bucais são, efetivamente, problemas de saúde pública, percepção que muitas vezes fica restrita aos profissionais de Odontologia.

Por esse motivo a capacitação e a sensibilização dos professores são aspectos importantes no enfrentamento de resistências, e os próprios resultados das ações educativas, que surgirão no decorrer do tempo, têm papel fundamental para a aceitação do trabalho e a colaboração com ele. Além disso, a equipe de saúde deve ter cuidado no sentido de facilitar a atuação do professor, evitando cobranças, agendando as atividades com antecedência e evitando a substituição de disciplinas com carga horária reduzida.

A sensibilização dos professores, tão importante para que os tenhamos como parceiros, inclui também, logicamente, alguns conhecimentos técnicos. Portanto resumidamente podemos definir como objetivos do trabalho dos profissionais de saúde:

- a) ampliar a percepção dos professores a respeito das doenças bucais, sua incidência e seu impacto na qualidade de vida;

- b) ampliar o conhecimento técnico dos professores a respeito das doenças bucais e as formas de prevenção;
- c) trabalhar em parceria com o professor, visando unir conhecimentos e esforços para melhorar a qualidade das ações de saúde bucal;
- d) motivar os professores a desenvolver ações de saúde bucal e/ou a participar das ações realizadas pelos profissionais de saúde.

Veja agora algumas ações que podem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, tendo em vista o cumprimento desses objetivos.

- a) Capacitação técnica dos professores com ênfase na incidência dos problemas bucais, seu impacto na qualidade de vida e a importância da parceria entre saúde e educação para o desenvolvimento das ações. Essa capacitação pode ocorrer de diferentes formas, na própria rotina das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, ou nas reuniões realizadas na escola ou na UBS. Também pode acontecer em encontros formais, que podem ser incluídos nos horários de formação dos professores, isso, porém, depende da possibilidade de parceria com as Secretarias de Educação e de Saúde.
- b) Capacitação em relação às técnicas de higiene bucal. Particularmente em relação às creches, já que as crianças possuem menor grau de autonomia quanto à higiene bucal, sendo, portanto, essencial que os educadores estejam capacitados a auxiliar e supervisionar a prática da escovação. Tal zelo também é válido em relação aos cuidadores de creches informais e outros espaços coletivos.
- c) Apresentação do planejamento geral das ações a professores, coordenadores pedagógicos e diretores, destacando a importância do que está sendo proposto.
- d) Participação dos professores no planejamento e na avaliação das atividades educativas.
- e) Assessoria/suporte dos profissionais de saúde às atividades desenvolvidas pelos professores sobre saúde bucal.
- f) Registro das experiências de educação em saúde desenvolvidas pelos professores e/ou profissionais de saúde.

Por fim, é necessário que os profissionais de Odontologia compreendam o trabalho nas escolas e creches como uma das várias frentes de atuação visando à saúde bucal das crianças. Como você

já pôde observar através dos vários pontos discutidos até agora, as atividades coletivas nessas instituições devem ser pensadas a partir da aplicação de conceitos e princípios do processo de trabalho na ESF. A partir deles, a metodologia de trabalho irá depender do contexto escolar, da realidade do território, das habilidades pessoais dos profissionais de saúde e das dificuldades e oportunidades que surgirem durante o percurso.

O êxito das ações coletivas requer que você tenha entusiasmo e persistência. Mesmo que esteja acostumado somente à atuação em clínica, você não precisa esperar o contexto ideal em termos de capacitação técnica dos profissionais e receptividade das instituições para iniciar o trabalho coletivo, uma vez que este é construído e consolidado pela soma dos pequenos resultados do dia a dia. Essa é a lógica do *aprender fazendo* e da educação permanente em saúde; executar as ações, contornar as dificuldades, avaliar e aprimorar o trabalho são processos que se integram e constituem o cotidiano das práticas em saúde.

4.3 Métodos de Prevenção da Cárie Dental Aplicados em Âmbito Coletivo

Veremos nesta seção de estudos os principais métodos de prevenção de cárie em âmbito coletivo, sendo eles a Fluoretação das águas de abastecimento público, o Flúor gel acidulado 1,23%, o Verniz fluoretado, e finalizando a solução para bochecho. Vamos lá?

O Ministério da Saúde, com o objetivo de apresentar as várias formas de utilização de fluoretos em saúde bucal, publicou um Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil (BRASIL, 2009), abordando os métodos de âmbito populacional quanto para uso individual.

A partir do diagnóstico da realidade loco-regional, os dentistas poderão optar por um dos métodos que acharem mais adequado ou até mesmo adotar a associação de métodos a base de fluoretos.

4.3.1 Fluoretação das Águas de Abastecimento Público

A Política Nacional de Saúde Bucal tem como eixo norteador a promoção da saúde, que entre suas várias estratégias se encontra a fluoretação das águas de abastecimento público.

A fluoretação das águas representa uma das mais importantes medidas de saúde pública no controle da cárie dentária. É considerado o mais seguro, simples, efetivo e econômico método de prevenção da cárie dental aplicado em âmbito coletivo, sendo recomendado por praticamente todas as organizações nacionais e internacionais de saúde, incluindo a Federação Dentária Internacional, a Associação Internacional para Pesquisas Odontológicas e a Organização Mundial da Saúde. Há mais de cinco décadas o flúor é utilizado no controle da cárie dentária, resultando em uma significativa melhora na saúde bucal da população. Estudos associam a fluoretação da água a uma redução de até 60% nos índices de cárie.

A Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974, dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento, sendo devidamente regulamentada pelo Decreto Federal nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975, que dispõe sobre a obrigatoriedade da fluoretação, estabelecendo que os projetos destinados à construção ou ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água, que possuem estação de tratamento, devem incluir previsões e planos relativos à fluoretação de água (BRASIL, 1975).

Por sua vez, no Brasil o assunto está regulamentado pela Resolução MS-GM-518, de 25/3/2004 (BRASIL, 2004). O Valor Máximo Permitido – VMP de fluoreto é 1,5 ppm, ou seja, 1,5 mg de fluoreto por litro de água. A concentração do íon flúor varia de acordo com as médias das temperaturas máximas anuais de cada região. No entanto, na maior parte do território brasileiro, o teor ideal de flúor na água é 0,7 ppm ou 0,7 mg de flúor por litro.

Um aspecto importante em relação à fluoretação diz respeito ao monitoramento constante dos níveis de flúor na água, com a finalidade de evitar a sobredosagem e visando a sua maior eficácia. Considerando que em muitos municípios esse controle é realizado pelas próprias empresas de fornecimento de água, a recomendação de vários autores é que se realize o *princípio do heterocontrole*, ou seja, aquele realizado pelo poder público e não só pelas empresas. Essa é uma condição essencial para que as informações tenham credibilidade e para que haja confiança no alcance dos objetivos. A expansão da fluoretação das águas de abastecimento público é apontada por alguns autores como uma importante estratégia na redução das iniquidades em saúde.

Você conhece as áreas em que há oferta de água tratada na sua cidade? A água de abastecimento público é fluoretada? Você conhece os níveis de flúor presentes? Quem realiza a vigilância dos níveis de flúor? Vale a pena fazer uma pesquisa, não acha?

Com relação ao flúor tópico, você já tem conhecimento de que seu efeito ocorre através da ação nos mecanismos de desmineralização e remineralização dentária, além de sua ação antimicrobiana, e que as principais formas de uso tópico são: dentifrício, gel, verniz e solução para bochecho. Mas você sabe fazer o uso racional dessas formas? A racionalidade vai depender da avaliação do risco individual, familiar e social, como você verá a seguir.

Primeiramente, para obter os benefícios do flúor, é desejável que o indivíduo tenha um regime de alta frequência e de baixa concentração dessa substância na cavidade bucal. Para fins terapêuticos, quanto maior for a atividade da doença, mais intensivo deverá ser o tratamento. Consequentemente quem está mais suscetível à cárie ou à doença periodontal precisa de mais flúor. Portanto, quando se detecta a atividade da doença, métodos de alta concentração e alta frequência devem ser aplicados na forma de terapia intensiva, com o objetivo de reverter os quadros encontrados, exigindo simultaneamente a atuação sobre os diferentes fatores que determinam ou condicionam a doença.

4.3.2 Flúor Gel Acidulado 1,23%

A utilização de flúor gel é indicada para **fins preventivos**, quando a exposição à substância por outros meios é mínima ou quando a prevalência de cárie é alta. Seu uso é indicado para **fins terapêuticos** quando o paciente apresenta atividade de cárie. De acordo com o Guia de Recomendações do Uso de Fluoretos, a revisão sistemática da literatura indica 19% a 37% de redução de cárie quando do uso individual.

Recomenda-se a aplicação semestral ou quadrimestral por cerca de 4 minutos, embora este tempo de exposição não tenha produzido evidência da sua relevância anticárie. A técnica mais comum para utilização do flúor gel nas ações coletivas com escolares é a aplicação com o uso de escova dentária, que deve ser realizada somente em crianças que apresentem **controle da deglutição**³. Em crianças de 5 a 12 anos, deverá ser sempre realizada sob a supervisão do CD, do ASB ou do TSB. A aplicação deve ser feita preferencialmente em pequenos grupos, para que seja possível o adequado controle do

Em crianças na faixa etária de até 4 anos, deve-se optar pelo uso do verniz com flúor.

uso do produto. A ingestão acidental do gel, durante a sua aplicação, poderá produzir um quadro de náuseas, vômitos e dor de barriga. No entanto, não há risco de ocasionar fluorose dentária, pois apesar da alta concentração, a frequência de aplicação é baixa.

A fluoroterapia intensiva em pacientes com atividade de cárie deve ocorrer concomitantemente à fase de adequação do meio bucal ou de reabilitação.

4.3.3 Verniz Fluoretado

Estudos controlados indicam 46% de redução de cáries, entretanto foi identificada alta variabilidade entre os estudos que avaliaram sua eficácia (30% a 63%). Essa evidência anticárie está bem documentada somente para vernizes a base de NaF a 2,26%.

Em âmbito de programas de saúde pública/coletiva, recomendam-se de duas a quatro aplicações anuais.

Devido à sua adesividade, a estrutura dentária ajuda a evitar o risco de deglutição, sendo um bom método para o tratamento de crianças menores de 4 anos com atividade de cárie. Pode ser aplicado tanto em ambiente clínico, como em ações extraclínica. Em ambiente clínico, a seringa tríplex e o sugador facilitam a secagem e o isolamento dos dentes. Já nas ações extra clínica, há a necessidade da limpeza prévia dos dentes através da escovação, a sua secagem com gaze e o uso de isolamento relativo.

4.3.4 Solução para Bochecho (NaF 0,05% e 0,2%)

Revisões sistemáticas recentes indicam uma redução de cárie na ordem de 23% a 30%.

As soluções fluoretadas para bochechos contendo 225 ppm (0,05% de NaF) são recomendadas para o uso diário, e as que contêm 900 ppm (0,2% de NaF) são recomendadas para uso semanal. A eficácia das soluções está condicionada à continuidade da ação. Em escolas, deve-se optar pelo uso do bochecho semanal (fluoreto de sódio a 0,2%), totalizando no mínimo 25 aplicações por ano. Nessas condições, a redução de cárie esperada é de aproximadamente 26%. É importante lembrar que a solução para bochecho é indicada apenas a partir dos 6 anos e não requer profilaxia prévia.

Quando a exposição à água de abastecimento estiver sem teor de flúor ou que este esteja abaixo da concentração indicada, menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade, populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa

exposição a dentifrícios fluoretados, proporção de indivíduos com índice CPO-D igual a zero (zero cárie) for menor do que 30%, ou o CPOD médio for maior que 3 aos 12 anos de idade, recomenda-se que todo o grupo faça uso semanal de bochechos fluoretados.

A Equipe de Saúde Bucal quando indicado, deve responsabilizar-se pela implantação dos bochechos semanais nas escolas. Para isso deverá treinar os funcionários das escolas para desenvolver o programa, assim como garantir o fornecimento do material necessário. Caberá então a equipe proceder ao acompanhamento do programa

4.3.5 Dentifrícios e Escovação

A escovação dental tem o objetivo de fazer a remoção mecânica da placa bacteriana, visando promover o controle da doença cárie e da doença periodontal. Como o ato da escovação tradicionalmente é feito com o uso da escova dental e de dentifrício fluoretado, acaba também por disponibilizar o flúor à cavidade bucal, possibilitando então a prevenção da doença cárie.

Esta atividade deve ser cotidiana por parte de todas as pessoas. No entanto, é necessário que a qualidade da escovação seja capaz de realizar o controle da placa dental.

Em relação às crianças, os pais e cuidadores, assim como profissionais de saúde da ESB, para uma maior segurança no uso deste método, precisam ter conhecimento sobre o mecanismo de ação do flúor, cuidados com o seu uso, e sobre as formas de se promover uma melhor limpeza dental (técnicas de escovação).

Devemos lembrar que a destreza manual das crianças ainda não é suficiente para sozinhas conseguirem uma qualidade no processo de remoção de placa dental. Por isso, em casa os pais e em outros espaços os cuidadores podem exercer este papel. No ambiente escolar, por exemplo, os profissionais da ESB ou professores devidamente capacitados são as pessoas indicadas para realizar a supervisão.

A escovação supervisionada procura, além de verificar a qualidade da escovação e de ajudar as crianças a desenvolverem maior habilidade no processo de remoção de placa, dar maior importância a este ato para que as crianças adquiram o hábito da higiene bucal.

Mas quais são as recomendações do uso de dentifrício fluoretado para a população infantil?

Que cuidados os supervisores devem tomar no ato da escovação?

A orientação é para os cuidados especiais que se deve ter no uso de dentifrícios fluoretados para crianças menores de seis anos, especialmente aquelas menores de dois anos. E por que isso?

Em virtude das pesquisas demonstrarem que nesta faixa etária as crianças por não terem ainda um controle total da deglutição acabam por engolir parte da espuma produzida na escovação dental. Por exemplo, nas crianças até dois anos, se não houver supervisão, cerca de 50% da espuma produzida pelo dentifrício durante a escovação é deglutida. Lembramos que os dentifrícios comercializados no Brasil possuem cerca de 1.200 ppm de flúor, portanto, uma alta concentração deste produto. Sabemos que se na época de formação dos dentes (que vai aproximadamente até os oito anos de idade), a criança tiver ingestão crônica de flúor em alta concentração, o esmalte dentário, em formação, será prejudicado em sua mineralização.

Este distúrbio de formação dentária, denominado fluorose, já é reconhecido como um problema de saúde pública. Esteticamente, o grau de alterações vai depender da dose de flúor que a criança está exposta e do tempo de duração desta exposição. A fluorose está caracterizada em graus de opacidade, podendo ir de linhas brancas opacas até quadros, em que áreas do esmalte gravemente hipomineralizadas se rompem e acabam se pigmentando com produtos da alimentação, o que leva o esmalte a ter cor amarela e manchas mais escuras.

Mas se há este risco, por que não se utiliza dentifrícios com menor concentração de flúor? Porque pesquisas que utilizaram dentifrícios em menor concentração (500 ppm de flúor) não conseguiram evidências científicas suficientes na eficácia anticárie como aqueles com maior concentração.

Então, a recomendação para esta faixa etária é de que os responsáveis pela criança coloquem pequena quantidade de dentifrício sobre as cerdas da escova dental. A recomendação é de que a quantidade de dentifrício seja do tamanho de um grão de arroz. Esta medida certamente promoverá a prevenção da fluorose e, ao mesmo tempo, proporcionará a prevenção da doença cárie.

4.4 Ações de Educação em Saúde Bucal na Unidade Básica de Saúde

Nessa seção, serão abordadas as ações coletivas de educação em saúde, dirigidas especialmente a pais, cuidadores e familiares, visando à saúde bucal da criança.

Você pôde ler no Eixo 1 que o trabalho com grupos é considerado uma importante ação coletiva de educação em saúde, uma vez que possibilita o diálogo, a troca de experiências e a construção de conhecimentos. É um recurso que propicia a aproximação natural entre as pessoas, o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde e o exercício da cidadania. Além disso, favorece a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde, a partir do compartilhamento das experiências vivenciadas no seu cotidiano.

Os grupos têm se destacado cada vez mais nas ações de saúde coletiva na ESF. O trabalho em equipe está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, com as características do processo de trabalho na ESF e com o conceito de promoção de saúde, que inclui o desenvolvimento de habilidades pessoais visando à autonomia. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e o Caderno de Atenção Básica, 17, de Saúde Bucal também citam as atividades em grupo como estratégia de ação educativa no nível coletivo (BRASIL, 2008).



Saiba Mais

Para ampliar seus conhecimentos, consulte o Caderno de Atenção básica, 17:

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17, Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad17.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2010.

Desenvolver atividades dirigidas a pais, cuidadores e familiares da criança é fundamental, uma vez que as ações coletivas em saúde bucal concentram-se tradicionalmente em escolas e creches, e uma das principais limitações nesses meios é a dificuldade de envolver a família. Além disso, o acesso a essas ações deve estar previsto durante as diferentes fases do desenvolvimento da criança. Por isso, a atuação coletiva em saúde bucal que você verá a seguir possibilita, juntamente com outras estratégias, o acompanhamento das famílias desde o período do nascimento da criança.

Pode-se citar como os principais objetivos das ações coletivas dirigidas às famílias:

- a) ampliar os conhecimentos de pais e familiares a fim de fortalecer sua autonomia no controle do processo saúde-doença bucal das crianças;

- b) sensibilizar pais e familiares para a importância da prevenção de doenças bucais, destacando sua responsabilidade nos cuidados com a saúde da criança;
- c) incentivar pais e familiares a adotarem uma relação de cuidado com a criança;
- d) estimular os pais a realizarem o exame visual da cavidade bucal das crianças, visando monitorar e motivar as mesmas quanto à higiene oral, além de identificar alterações nos dentes e tecidos moles;
- e) possibilitar o acompanhamento das famílias, em conjunto com outras ações de saúde.

As ações coletivas de educação em saúde podem adotar diferentes formatos. Você verá agora algumas dessas possibilidades, mas lembre-se de que a definição da metodologia está condicionada à realidade local, à disponibilidade de recursos humanos e materiais e à criatividade dos atores envolvidos (profissionais e população).

O **grupo de saúde bucal**, por exemplo, pode ser planejado para o acesso programático às orientações sobre os cuidados com a saúde bucal da criança. Configura-se como uma atividade permanente, porém com rotatividade dos participantes.

Outra possibilidade é a **inclusão do tema saúde bucal em grupos educativos** já organizados pela equipe, como os grupos de gestantes ou grupos sobre saúde da criança. Essa abordagem é interessante, pois permite trabalhar as questões de saúde bucal no contexto de outros cuidados com a saúde da criança, evitando que temas como *alimentação* ou *amamentação* sejam discutidos de forma fragmentada. A atuação integrada dos profissionais nos grupos também permite a abordagem de fatores comuns de risco, conforme será discutido mais adiante.

A inclusão de temáticas de saúde bucal nos grupos poderá ocorrer tanto pela participação dos profissionais de Odontologia, quanto pela abordagem do tema por outros profissionais de saúde. Nesse caso, faz-se necessário prever no planejamento ações de capacitação e educação permanente para a equipe.

Os profissionais de saúde também podem identificar **grupos ou espaços coletivos** para a realização dessas atividades, como, por exemplo, locais de trabalho, associações de bairro, Pastoral da Criança ou ainda eventos locais abertos ao público, que podem permitir uma abordagem individual ou coletiva.

Outra alternativa para a realização dessas ações está nas **reuniões de pais**, que acontecem em escolas e creches. Conforme já foi mencionado, deve-se procurar inserir o tema *saúde bucal* em ações com temáticas mais amplas, ou então utilizando a abordagem de fatores comuns de risco. A equipe também deve identificar pessoas-chave que possam ser “agentes multiplicadores das informações de saúde”, como líderes comunitários ou outras pessoas de influência na comunidade. Existe também a possibilidade de realizar ações educativas nas residências, especialmente em locais abertos que comportem pequenos grupos, por meio de “**rodas de conversa**”.

Lembre-se de que descentralizar as ações de saúde para espaços do território de abrangência da unidade de saúde é uma estratégia importante para obter ganhos em termos de participação da comunidade.

As **atividades em sala de espera** também são uma ótima estratégia de educação em saúde. Embora não constitua um grupo propriamente dito, a partir da iniciativa dos profissionais de saúde pode-se realizar um trabalho visando atingir as pessoas que ali se encontram. Enquanto elas aguardam o atendimento, falam de suas aflições, de suas doenças, da qualidade do atendimento na instituição e da vida cotidiana. Ocorre então uma troca de experiências comuns, de saberes populares e de distintas maneiras de cuidados com o corpo, de modo que o saber popular interage com os saberes dos profissionais de saúde, favorecendo uma comunicação dialógica.

Outro grupo de ações educativas com enfoque coletivo diz respeito a ações pontuais ou campanhas utilizando **diferentes mídias**: rádios comunitárias, jornais e outros materiais impressos, como cartazes, pôsteres e informativos. Cartazes e informativos, por exemplo, podem ser utilizados como recurso complementar às atividades descritas nessa unidade, como as ações educativas em escolas, os grupos de educação em saúde e os eventos abertos ao público.

É importante lembrar que, seja através de ações individuais ou coletivas, a Equipe de Saúde Bucal deve garantir em seu planejamento que em todas as fases do desenvolvimento da criança haja acesso às ações de saúde bucal.

Algumas ações simples podem facilitar o acompanhamento das famílias pela equipe. Uma delas é registrar na caderneta de saúde a participação da família nas diferentes ações desenvolvidas pela equipe. Isso permite ao ACS, por exemplo, detectar em uma visita domiciliar que a mãe de uma criança de 4 anos participou de um grupo educativo, mas a criança nunca foi examinada pelo dentista.

Outra forma importante de monitoramento pode ser realizada através do registro em prontuário médico. Em grande parte das UBS, os prontuários médico e odontológico são separados, o que dificulta o acesso às ações de saúde bucal por outros profissionais além do dentista. Quando ações programáticas são dirigidas à criança, inverte-se a lógica em que a família procura a UBS somente quando há necessidade de tratamento curativo. Portanto, todos os profissionais da equipe devem ser estimulados a incluir a criança na “linha do cuidado em saúde bucal”, seja durante as consultas de puericultura, visitas domiciliares, vacinação, etc.

Destaca-se que, independentemente das ações programadas, a educação em saúde deve permear cotidianamente o processo de trabalho. Vejamos um exemplo prático:



Na Prática

Uma criança de 4 anos é trazida pela mãe para vacinação, e a enfermeira identifica visualmente que ela apresenta dentes com cárie. Nessa situação, é oportuno que seja realizada uma intervenção, tentando estabelecer um diálogo: “A senhora já reparou que os dentes da sua filha estão com problemas? A senhora sabe por que isso aconteceu?”. Isso quer dizer que, uma vez identificada uma necessidade de saúde, a enfermeira deverá dar uma resposta à situação, mesmo que a mãe não a expresse como demanda. Nesse caso, a enfermeira poderia prestar orientações, agendar uma consulta ou ainda convidar a mãe para um grupo educativo. Essa postura *ativa* de intervir a partir da identificação de necessidades é uma das perspectivas do acolhimento e deve acontecer nos diferentes espaços de atuação da equipe de saúde.

Particularmente em relação às doenças bucais, a cárie dentária muitas vezes é vista como um fenômeno natural da infância e não como um processo patológico, de modo que a busca pela intervenção profissional acaba ocorrendo geralmente em casos de dor. Há de se considerar ainda que a presença de problemas bucais pode ser um indicador de um contexto potencialmente gerador de outros problemas de saúde.

Quando um profissional considera fatores de risco de outras doenças, que não as envolvidas no sofrimento concreto do paciente, ou investiga a presença de enfermidades que ainda não se expressaram em sofrimento, está traduzindo na prática um dos sentidos da *integralidade*.

Por fim, a partir da utilização das diferentes estratégias descritas anteriormente, sugere-se como principais temas a serem abordados:

- a) saúde bucal e qualidade de vida;
- b) importância da dentição decídua para o desenvolvimento da criança;
- c) participação dos pais nos cuidados com a saúde bucal da criança;
- d) cárie, doença periodontal e fluorose: etiologia e formas de prevenção;
- e) traumatismo dentário: prevenção e conduta de urgência;
- f) hábitos bucais nocivos.

4.5 O Trabalho Coletivo em Outros Espaços da Comunidade

O trabalho integrado entre a equipe de saúde bucal e os Agentes Comunitários de Saúde se traduz como uma possibilidade de ampliar o acesso das pessoas às ações de saúde bucal, pois esses funcionários atuam no espaço do domicílio e envolvem o núcleo familiar. Essa parceria pode ser pensada a partir da Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece como características do processo de trabalho na ESF a atuação no território, com ações dirigidas aos problemas de saúde, buscando o cuidado dos indivíduos e da família ao longo do tempo.

O ACS atua reconhecidamente como um elo entre as Unidades de Saúde e a população. A Portaria nº 648/GM estabelece, dentre as funções do ACS, desenvolver atividades educativas visando à promoção de saúde e a prevenção de doenças. De acordo com o Caderno de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, o ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a ESB orientar o seu trabalho (BRASIL, 2006). Assim as atividades educativas em saúde bucal devem ser incluídas na rotina do trabalho dos ACS, bem como da Equipe de Saúde da Família.

A atuação dos ACS tem como objetivo geral desenvolver ações de educação em saúde dirigidas às famílias, visando à saúde bucal da criança. Como objetivos específicos, podemos citar:

- a) ampliar o acesso às informações sobre os cuidados com a saúde bucal;
- b) orientar pais e cuidadores sobre as medidas de prevenção das principais doenças bucais, fortalecendo sua autonomia no controle do processo saúde-doença;
- c) motivar pais, cuidadores e crianças a adotarem as medidas de prevenção das principais doenças bucais;
- d) sensibilizar pais e familiares quanto à importância da saúde bucal para o desenvolvimento saudável e para a qualidade de vida, destacando sua responsabilidade nos cuidados com a saúde bucal da criança;
- e) realizar o acompanhamento das famílias, de forma integrada com as ações individuais da Odontologia;
- f) divulgar e incentivar as famílias a participarem de ações desenvolvidas na Unidade de Saúde, como grupos educativos e consultas programáticas.

Considerando as ações de saúde bucal da criança, a atuação do ACS pode ocorrer através da visita domiciliar ou da participação nas demais atividades coletivas. Para fins didáticos, vamos organizar o trabalho com os ACSs em três eixos de ações: as ações de capacitação técnica; as visitas domiciliares; e as ações de educação permanente, monitoramento e avaliação. Enfatizamos que as ações devem ser pensadas de forma integrada no cotidiano do trabalho. As informações e sugestões aqui apresentadas partem de experiências realizadas em Unidades Básicas de Saúde e divulgadas em congressos e periódicos.

4.5.1 Capacitação Técnica dos ACS

A **capacitação técnica** tem como objetivo aprimorar o conhecimento técnico do ACS sobre saúde bucal e sobre educação em saúde, para que ele possa realizar as visitas domiciliares conforme será descrito adiante. Essa capacitação deve ocorrer no formato de encontros, respeitando-se um limite de agentes. A dinâmica dos encontros deve promover a participação dos ACSs através do diálogo, da análise de vivências, da discussão de situações-problema e do uso de recursos audiovisuais.

Quanto aos **temas**, além das doenças bucais, sua etiologia e as formas de prevenção, os profissionais devem enfatizar nos encontros dois aspectos importantes: a relação entre saúde bucal e qualidade de vida, bem como a relação entre contexto e hábitos familiares e o processo saúde-doença. A Equipe de Saúde Bucal também pode solicitar aos ACSs sugestões quanto às necessidades de capacitação identificadas em sua rotina de trabalho.



Na Prática

Um exemplo simples de dinâmica de grupo, que requer materiais de fácil acesso, é o trabalho a partir de perguntas ou situações-problema. Nessa dinâmica, o coordenador cria situações hipotéticas a partir dos objetivos do encontro e as transcreve em papel. A seguir, os ACS escolhem uma situação-problema aleatoriamente e tentam explicar como seria sua conduta. A partir da fala do ACS, o grupo inicia o debate sobre o tema em questão, com o auxílio do coordenador.

Ao término de cada encontro, o grupo deve realizar uma avaliação. A equipe também pode fornecer aos ACS material de apoio sobre os temas discutidos, para consulta conforme a necessidade.

A capacitação para o desenvolvimento da **prática** pode ser realizada através da participação dos agentes comunitários em atividades coletivas, especialmente em creches e escolas, e também no consultório odontológico. O objetivo é que eles saibam demonstrar, na prática, as técnicas de higiene oral.

4.5.2 Participação nas Visitas Domiciliares

A partir de relatos de experiências municipais, podemos citar dois tipos de visitas realizadas pelo ACS: a visita programática e a visita de acompanhamento.

A **visita programática** é um momento destinado exclusivamente à educação em saúde bucal. Deve ser direcionada principalmente a pais e cuidadores, mas também pode envolver a criança, especialmente no caso de demonstração das técnicas de higiene oral. Para auxiliar o ACS no diálogo com os pais, a Equipe de Saúde Bucal pode criar um roteiro com os temas mais relevantes a serem abordados. Como recursos auxiliares, o ACS também pode utilizar em suas visitas macromodelos, álbuns seriados e materiais informativos, lembrando que, em qualquer prática educativa, os recursos visuais são fundamentais na apreensão e compreensão das informações.

A **visita de acompanhamento**, por sua vez, tem finalidades mais pontuais. Acontece de acordo com a necessidade percebida pela Equipe de Saúde Bucal, pelos ACSs ou pelos demais profissionais. Tem como objetivo, por exemplo:

- a) reforçar alguma orientação que o ACS perceba que não foi bem compreendida;
- b) verificar a situação da criança, quando a Equipe de Saúde Bucal realiza encaminhamentos a outros serviços;
- c) motivar os pais ou cuidadores, caso relatem dificuldades em relação aos cuidados com a saúde bucal;
- d) intensificar o acompanhamento quando são identificadas deficiências no cuidado com a saúde bucal da criança;
- e) divulgar atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde.

É importante que o dentista crie rotinas que facilitem essa interação com o ACS no acompanhamento das famílias. Uma dica é criar um formulário simplificado para registrar as demandas de cada usuário ou família, a fim de discutir posteriormente com o ACS.

4.5.3 Educação Permanente, Monitoramento e Avaliação

De acordo com o conceito de **educação permanente**, o processo de educação dos trabalhadores da saúde deve partir da problematização do processo de trabalho e integrar-se ao mesmo, considerando ainda que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em

saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

É visando à efetiva transformação das práticas profissionais que o trabalho com os ACS deve incluir ações de educação permanente, uma vez que somente a capacitação técnica não reflete, automaticamente, em mudanças no processo de trabalho. Essas ações podem ocorrer tanto nas reuniões mensais da equipe quanto no dia a dia. Consistem em discutir as situações, dúvidas e dificuldades surgidas nas visitas domiciliares, revisar informações, motivar os profissionais e avaliar as visitas. A equipe de saúde bucal também deve estar constantemente atenta às demandas em termos de capacitação, conforme as necessidades identificadas pelos ACS durante suas visitas.

O **monitoramento das visitas** pode ocorrer na rotina do trabalho ou em reuniões de equipe. Convém estabelecer previamente as metas de produção e a forma das visitas conforme a realidade local. A Equipe pode criar um formulário próprio para o registro das visitas programáticas, a fim de auxiliar no monitoramento. É interessante também pactuar uma meta em conjunto com os ACS. Por exemplo: você pode demonstrar ao ACS que, se determinada microárea tem 60 famílias com crianças, para alcançar uma cobertura de 100% no período de um ano, será preciso realizar 5 visitas programáticas por mês.

A **avaliação** tem como objetivo o aperfeiçoamento das ações do ACS. Deve ser realizada periodicamente e pode ser pensada em termos de **processo** (como está sendo a visita domiciliar?) ou **resultados** (como está sendo o impacto das ações?).

Uma das principais dificuldades inerentes ao trabalho com os ACS é o próprio contexto de trabalho desse profissional. Sobre o ACS tradicionalmente incide grande parte das queixas da população, cobranças em relação à produtividade, além de sucessivas capacitações e acúmulo de responsabilidades. A inserção de novas atividades na rotina dos ACS deve ser um processo cuidadoso. É importante que a Equipe de Saúde Bucal se proponha a desenvolver um trabalho efetivamente integrado, evitando simplesmente delegar tarefas aos ACS.

4.5.4 Potencialidades do Trabalho com os ACS

A parceria com os ACS representa um importante avanço para as ações de saúde bucal, considerando que sua relação de proximidade com as famílias abre caminho para as ações de educação em saúde. Através de atuações direcionadas principalmente a pais e cuidadores, o trabalho dos ACS ajuda a preencher uma importante lacuna das atividades realizadas nas escolas: a dificuldade de envolver a família nos cuidados com a saúde bucal da criança. Também possibilita avanços no sentido de romper com o perfil tradicional de atuação da Odontologia, centrado na clínica, pois dá ênfase à educação em saúde e promove a ampliação das ações para o espaço do domicílio. Ou seja, o trabalho da equipe de saúde bucal com os ACS promove o fortalecimento do vínculo com a população e favorece a longitudinalidade do cuidado, permitindo um melhor acompanhamento das famílias da área de abrangência.



Saiba Mais

Para saber mais sobre os aspectos tratados nesta unidade, você pode consultar os seguintes materiais:

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 148 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BARRROS, C. M. S. (Coord.). **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, 2007.

MOYSES, S. T.; KUSMA, S. Promoção de saúde e intersectorialidade na abordagem familiar. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.247-57.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 35, p. 1-11, 2007.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. 16, p.25-38, 2005.

SÍNTESE DA UNIDADE

A Unidade 4 apontou diferentes possibilidades para o trabalho do dentista na Estratégia Saúde da Família, no que se refere às ações coletivas. Tem como objetivo estimular seu processo de reflexão-ação no sentido de pensar as ações coletivas em um contexto mais amplo, articulando-as a outras ações da Rede de Atenção à Saúde de seu município. Destacam-se alguns princípios que vão lhe dar autonomia para desenvolver suas atividades de acordo com a realidade local: a) as ações coletivas devem estar integradas ao planejamento local de saúde; b) o modelo de educação em saúde que norteia o trabalho deve ser dialógico/participativo, e não pode considerar os indivíduos ou as famílias como meros receptores de informação e c) o trabalho do dentista nas escolas deve ser permanente, buscando a participação de professores e alunos e integrando-se às ações já desenvolvidas. Como você aprendeu, foram descritas atividades educativas abordando a potencialidade do trabalho em conjunto com os agentes comunitários de saúde e também preventivas, como o uso racional do flúor. O conteúdo destacou a importância da participação do dentista na construção coletiva e interdisciplinar para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17, Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de floretos no Brasil**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 76.872**, de 22 de fevereiro de 1975. Regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D76872.htm>. Acesso em: 15 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria n. 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006.ACS.

UNIDADE 5

MÓDULO 5

5 AÇÕES INDIVIDUAIS NO CUIDADO AOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA

Para um atendimento integral à saúde da criança, além das ações de promoção e prevenção, é preciso resolutividade diante dos principais agravos à sua saúde. Compete ao cirurgião-dentista lidar com segurança diante dos problemas mais prevalentes. Será que você está atualizado e conhece as evidências sobre as intervenções efetivas que podem ser realizadas na abordagem dos problemas mais comuns de saúde bucal da criança?

Nesta unidade, você estudará especificamente as condições que identificam a saúde bucal da criança, os principais agravos e as possibilidades de tratamento no âmbito da atenção básica. Nosso objetivo é instrumentalizá-lo(a) para o trabalho na clínica à luz dos pressupostos da ESF, entre eles o trabalho próximo à comunidade, a longitudinalidade e a coordenação da atenção.

O texto procura integrar a Odontologia, a Enfermagem e a Medicina às ações de saúde bucal da criança, entre elas o planejamento e a realização de interconsultas, visitas domiciliares e outras atividades multiprofissionais.

Portanto, ao final desta unidade, você deverá: ter conhecimento a respeito das noções gerais sobre crescimento e desenvolvimento infantil e os principais agravos à saúde da criança, com ênfase nas doenças bucais; saber identificar os principais fatores de risco relacionados aos agravos à saúde bucal da criança; saber como programar e realizar ações individuais de cuidado frente aos principais agravos à saúde da criança, com ênfase nas doenças bucais.

Agora que você já sabe quais são os nossos objetivos neste momento, é hora de começar. Bons estudos!



Saiba Mais

Recomendamos que você inicie esta unidade ampliando seu espectro de conhecimentos sobre o assunto. Para isso, não deixe de acessar o site que detalha os principais eixos de atenção à saúde da criança:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Alimentação e nutrição. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_materiais_informativos_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2010.

Vamos lá! Você verá que vale a pena!

5.1 Características do Crescimento e do Desenvolvimento Infantil

O dentista necessita ter conhecimento e habilidade não só para com as atividades específicas da Odontologia. Ele precisa também ter condições para avaliar o desenvolvimento de uma criança, uma vez que esta poderá necessitar de intervenções odontológicas, e seu quadro de saúde naquele momento pode não ser indicado para procedimentos invasivos. Para que o dentista proceda ao monitoramento do desenvolvimento e do crescimento infantil, ele deverá analisar a evolução do peso e da altura da criança, além do seu desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM).

Considerando a **altura**, crianças abaixo de uma estatura considerada normal para a idade podem evidenciar uma desnutrição prolongada ou repetidos episódios de doença. Já o fato de a criança apresentar uma altura elevada para a idade raramente se configura como um problema, a menos que seja excessiva, pois pode refletir desordens endócrinas incomuns.

O **peso** corporal é o indicador utilizado para avaliar se uma criança está com baixo, muito baixo peso, sobrepeso ou obesidade, não devendo, entretanto, ser utilizado de forma isolada. Como exemplo, podemos citar o caso de uma criança que pode ter baixo peso devido a sua baixa estatura, devido a sua magreza, ou, ainda, por ambos.

O **Índice de Massa Corporal (IMC)** é um indicador especialmente útil para a triagem de sobrepeso e obesidade. Valores entre os percentuais de 85 e 95 devem ser considerados sobrepeso, e acima do percentil 95 devem ser considerados como obesidade.



Saiba Mais

É interessante que você veja os novos gráficos de crescimento da Organização Mundial da Saúde, na página do Ministério da Saúde - Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação e nutrição. Disponível em:

<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms>. Acesso em: 30 jan. 2010.

Acesse!

Caso qualquer desvio seja diagnosticado, é necessário que haja uma abordagem mais aprofundada para que se estabeleça sua causa. Desta forma, realiza-se um encaminhamento e/ou discussão do caso com o médico (interconsulta) que, havendo necessidade, irá agendar avaliações médicas mais frequentes para observar o desenvolvimento da criança.

Com relação ao DNPM, são esperadas etapas para cada faixa etária, sempre levando-se em consideração as condições de vida da criança. Nos três primeiros anos, a criança desenvolve três funções primordiais para o seu desenvolvimento. Aprende a andar ereto no primeiro ano, aprende a falar e a expressar-se no segundo ano. E, no terceiro ano, aprende a pensar.

Todos os profissionais da área de saúde ou de educação que entrarem precocemente em contato com crianças devem estar atentos a qualquer alteração na evolução do seu desenvolvimento. Observe, a seguir, o quadro 12, que apresenta os problemas de saúde relacionados a cada faixa etária.

FIM DO 1º TRIM.	Ausência de sorriso social, olhar vago O menor ruído provoca grande sobressalto Nenhuma reação a ruídos fortes (surdez?)
FIM DO 2º TRIM.	Não vira a cabeça para localizar sons (4 meses) Hipertonia (rigidez) dos membros inferiores Hipotonia do eixo do corpo: controle deficiente da cabeça Criança exageradamente lenta e sem interesse Movimentos bruscos do tipo “descarga motora” Não dá risada Falta de reação aos sons (surdez?)
9 MESES	OBRIGATÓRIA A TOMADA DE PROVIDÊNCIAS AOS 9 MESES Não senta sem apoio (hipotonia do tronco) Pernas duras, “em tesoura” (espasticidade) Pernas moles em posição de rã (hipotonia) Mãos persistentemente fechadas Não tem preensão em pinça Incapacidade de localizar um som (surdez?) Ausência de balbúcio (distúrbio articulatorio?) Sorriso social pobre Não tem interesse pelo jogo “esconde-esconde”
12 MESES	Ausência de sinergia pés-mãos (colocada em pé com apoio não procura ajudar com as mãos) Criança parada ou mumificada Movimentos anormais Psiquicamente inerte ou irritada, sorriso social pobre Não fala sílabas, cessação do balbúcio (surdez?) no 1º aniversário

Quadro 11: Sinais de alerta de distúrbios do desenvolvimento.

Fonte: Murahovschi, 2006.

O desenvolvimento e a funcionalidade normais das estruturas musculares e esqueléticas bucofaciais são observados em indivíduos que tenham boa herança morfofuncional e que sofram estímulos funcionais adequados, exercidos pelo ambiente. No desenvolvimento da face estão presentes pressões normais das forças musculares de crescimento. Portanto o binômio forma-função deve ser constantemente avaliado e observado pelos profissionais que estejam em contato com a criança durante o seu desenvolvimento.

A face e a cavidade bucal formam um sistema equilibrado e dinâmico, organizado em funções primárias e secundárias, sendo as secundárias totalmente dependentes do desenvolvimento e do crescimento normais das primárias. As **funções primárias** são: sucção, respiração, mastigação e deglutição. São consideradas **secundárias** as funções de fala e expressão facial.

A **sucção** é um reflexo primitivo de grande importância. Sem ele a sobrevivência da criança é difícil e seria indicativo de lesão neurológica séria. Para preparar e aprimorar a condição neuromuscular das estruturas bucais – que futuramente irão desempenhar funções como beber, mastigar e falar –, o aleitamento natural é o meio mais indicado. Isso porque o peito materno é anatômico e funcionalmente adaptado a essa função vital. Além disso, o leite materno nutre e fornece os anticorpos necessários à proteção da criança contra diversas doenças. O ato de aleitar é uma forma de transmitir amor, carinho e aconchego, que cria um vínculo afetivo e de segurança entre mãe e filho.



Saiba Mais

Você pode ler mais a respeito desse assunto no Caderno de Atenção Básica, 23:

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno de Atenção Básica, n. 23, Brasília, 2009. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

A **respiração nasal** traz o equilíbrio fundamental para a manutenção da organização dos sistemas ósseo, dentário e muscular. Qualquer desvio nessa função altera todo o equilíbrio bucofacial, proporcionando sequelas e sintomas muitas vezes irreversíveis. Ao constatar alguma

alteração da função normal da respiração da criança, deve-se encaminhá-la ao médico para que seja feita uma avaliação do caso.

Na **deglutição**, por sua vez, há uma função bucal reflexa, ou seja, coordenada e regida por atos reflexos. Ela envolve praticamente todos os músculos bucofaciais em movimentos sincrônicos e coordenados. Essa função tem um desenvolvimento característico que deve completar-se por volta dos 7 anos de idade, sofrendo, a partir daí, apenas modificações do crescimento craniofacial normal. Até os 3 anos de idade, a deglutição atípica pode ser considerada o estágio de desenvolvimento neurológico da criança, porém esse padrão deve ser estimulado para que ocorra o desenvolvimento natural do sistema nervoso central. Essa estimulação se dá através da oferta de alimentos sólidos para que a criança mastigue e desenvolva adequadamente as estruturas ósseas e musculares.

A **mastigação**, por fim, ocorre imediatamente antes da deglutição. É voluntária, mas nem sempre consciente. É a funcionalidade correta da mastigação que estará estimulando diretamente a expansão da arcada dentária, o crescimento correto da mandíbula, assim como a relação condilar. A instalação de maus hábitos – como o uso prolongado de chupetas, de mamadeira ou a sucção digital – pode colocar em risco a integridade dessa função, assim como interferir no desenvolvimento de toda a cavidade oral.

A boca edentada da criança ao nascer apresenta mucosa bucal de cor rosada, firmemente aderida, denominada rodete gengival. Por volta dos 6 a 7 meses de idade, os dentes começam a irromper e começam a surgir os primeiros indícios do processo de mastigação. Apesar dos autores apresentarem certa variação na cronologia da erupção dos dentes decíduos, vamos utilizar como base o quadro 13.

AUTORES	MANDÍBULA		MAXILA	
	HADDAD, 1997	KRONFELD & SCHOUR, 1939	HADDAD, 1997	KRONFELD & SCHOUR, 1939
Incisivo central	8	6	10,5	7,5
Incisivo lateral	14	7	12,5	9
Canino	20,5	16	20,5	18
Primeiro molar	16,5	12	16,5	14
Segundo molar	27,5	20	28,5	24

Quadro 12: Cronologia de erupção dos dentes decíduos em meses

Fonte: Guedes-Pinto; Issáo, 2006

A importância da preservação da dentição decídua em condições normais para o perfeito estabelecimento da oclusão dos dentes

permanentes é bem conhecida. Assim casos de processos cariosos em dentes decíduos – que determinam um encurtamento do arco ou a perda de parte da sua dimensão vertical –, ou ainda casos de perdas precoces, podem provocar problemas futuros de más oclusões na dentição permanente. Vale salientar que a perda precoce de qualquer dente decíduo deve ser analisada criteriosamente, para que se evite a perda de espaço, tanto no sentido mesiodistal, cervicoclusal como no vestibulolingual.

O primeiro dente da dentição permanente a erupcionar geralmente é o primeiro molar inferior, que irrompe na boca por volta dos 6 anos de idade, no espaço posterior aos molares decíduos.

E é com a erupção dos primeiros molares permanentes que teremos o início da dentição mista. Esse é um período muito dinâmico, cujas transformações exibem rápidas remodelagens, com o aparecimento da curva de Spee e de Wilson e modificações na ATM (articulação temporomandibular). A cronologia de erupção dos dentes permanentes é variável e depende de muitos fatores, tais como alimentação, grupo étnico, clima, sexo, etc (ver tabela 14).

Tabela 13: Cronologia de erupção dos dentes permanentes em anos.

DENTES	MAXILA		DENTES	MANDÍBULA	
	MENINOS	MENINAS		MENINOS	MENINAS
11, 21	7-7,5	6,5-7	31,41	6-6,5	5,5-6
12, 22	8-8,5	7,5-8,5	32, 42	7-7,5	6,5-7,5
13, 23	11,5-12	10,5-11	33, 43	10-10,5	9-9,5
14, 24	9,5-10	9-9,5	34, 44	9,5-10,5	9,5-10,5
15, 25	10,5-11	10-10,5	35, 45	11-12	10,5-11
16, 26	6-6,5	6-6,5	36, 46	6-6,5	5,5-6,5
17,27	12-12,5	12-12,5	37, 47	11,5-12	11-11,5

Fonte: Guedes-Pinto; Issáo, 2006.

Portanto, como você pode observar, o dentista deve estar atento a todos esses aspectos para que possa dar andamento a uma boa atenção à saúde infantil.

5.2 A Consulta Odontológica da Criança

Desde o nascimento tudo é início no desenrolar da vida do paciente infantil. Muitas situações são novas e desconhecidas e, por isso, é natural que a criança fique apreensiva na clínica odontológica.

Por essa razão é muito importante que na abordagem inicial, o preparo psicológico da criança seja realizado com empenho e cuidado, pois esse passo será decisivo para a efetiva colaboração do paciente no decorrer do tratamento.

Em Florianópolis (SC), por exemplo, a primeira consulta da criança no dentista é programada já na maternidade, através do Programa Capital Criança. Após trinta dias do nascimento, a criança tem direito a essa consulta. Algumas equipes de saúde da família a realizam no domicílio de forma multiprofissional. Isso tem trazido benefícios tanto à dupla “mamãe-bebê” como para a equipe que, trabalhando em conjunto no domicílio, potencializa sua percepção e seu cuidado com a criança e sua família.

A equipe deve mobilizar esforços para “captar” a criança, evitando que a procura por consulta odontológica ocorra somente mais tarde e devido à necessidade de intervenção. Mais uma vez, destacamos a importância do agente comunitário na viabilização da entrada da criança na “linha de cuidado em saúde bucal”. Ele pode ser responsável por detectar na área da abrangência quais crianças ainda não receberam essa primeira consulta que é muito importante para que o dentista e a equipe de saúde possam trabalhar na lógica da longitudinalidade do cuidado, acompanhando a criança desde o nascimento.

Segundo Toledo (2005), o primeiro atendimento da criança poderá ocorrer a partir dos seguintes casos: paciente em **situação de emergência** ou para **exame inicial ou de rotina**. Na abordagem inicial, os pais ou responsáveis deverão estar presentes, tendo em vista que, nesse primeiro contato, haverá a necessidade de obtenção de informações para que se conheça a criança. Já nas sessões seguintes, a criança deverá estar preferencialmente, desacompanhada dos pais, pois a condição de tratamento melhora nessas situações. No entanto, é fundamental respeitar a necessidade da criança pequena de estar próxima dos seus pais e encorajá-la para que, aos poucos, adquira confiança e se familiarize com o profissional.

É importante que, durante a conversa inicial, o dentista se apresente e faça o mesmo com o restante da equipe (ASB e TSB, se houver), para que a criança os conheça e saiba identificar quem cuidará dela. Os questionamentos deverão ser feitos aos responsáveis, mas as perguntas básicas – como nome, idade, nome dos pais – deverão ser direcionadas à criança para que haja aproximação e diálogo entre ela e o profissional. Essa aproximação entre o dentista e a criança deve ser realizada de forma lenta e gradual, com a utilização de coadjuvantes que já fazem parte do seu “mundo”, como brinquedos, bonecos, desenhos, etc. Deve-se também utilizar uma linguagem que a criança entenda, de acordo com seu estágio de desenvolvimento.

Você já foi criança e sabe que o ambiente do consultório contém elementos que induzem ansiedade, como a visão dos equipamentos, os sons e os odores. Por esse motivo, o local deve ser apresentado de maneira gradativa e com muito cuidado, antes que o tratamento dentário seja realizado. Dessa forma, com o conhecimento das funções dos equipamentos, a criança terá menor probabilidade de projetar neles suas fantasias aterrorizadoras.

A técnica do “diga-mostre-faça” deve ser utilizada com crianças que possuam uma maior capacidade de compreensão e colaboração, isto é, acima dos dois anos de idade. Nesse método, pode-se utilizar um boneco para que se demonstre o que será realizado e depois repetir o mesmo procedimento na criança. Esse recurso é chamado de *uso de objeto intermediário* e é válido com todo o tipo de recurso. Se você não tiver um boneco, pode improvisar um com o auxílio de um balão, por exemplo.



Na Prática

Uma dica interessante é que, quando for possível, antes de levar o instrumental/equipamento à boca da criança, você permita que ela os toque. Nesse momento, ela fará o papel do dentista. Você pode também colocar água na mão dela e remover com o sugador e com o jato de ar.

Permitir a manipulação dos instrumentos odontológicos de forma orientada aumentará a capacidade de entendimento e possibilitará maior colaboração. É fundamental mostrar à criança que ela tem o controle da situação e que poderá sinalizar com a mão quando estiver se sentindo incomodada.

O menor tempo de duração de um atendimento é favorável, pois períodos prolongados poderão influenciar o comportamento da criança, que ficará estressada, perdendo a compostura e deixando de cooperar. Ao final, é interessante que haja algum tipo de reforço positivo, como brindes, abraços ou elogios, que deverão ser concedidos à criança quando o profissional conseguir realizar o objetivo previamente estabelecido.

Tendo em mente os princípios de como lidar com a criança, citados até aqui, iniciaremos o passo a passo do atendimento odontológico. Acompanhe!

5.2.1 Anamnese

A anamnese deve ser realizada na presença de um adulto responsável pela criança, que saiba informar sobre a sua vida presente e passada. Quando for possível, deve-se questionar a criança para que ela também interaja. É importante permitir que tanto o responsável como a criança falem, pois a escuta clínica faz parte do processo de interação profissional-paciente-acompanhante, que possibilita a melhor identificação do paciente e do motivo que fez com que ele procurasse o consultório.

Os dados da anamnese, obtidos normalmente através de questionário, devem iniciar pela identificação da criança e posteriormente devem indicar aspectos relacionados à queixa principal. Na sequência, deve-se questionar a respeito da história médica e odontológica da criança, saber com quem ela vive, quais são suas atividades, como é seu comportamento e seus hábitos. Além disso, é importante identificar o ambiente cultural, social, político e econômico em que esta criança está inserida.

Quanto à queixa principal, deve-se questionar sobre o motivo que levou o paciente ao consultório, sobre a evolução/histórico da situação apresentada e investigar se existe a presença de dor.

É muito importante que se obtenha informações sobre a saúde geral da criança. Ou seja, deve-se buscar saber, desde o seu nascimento, se apresentou alguma complicação com relação a sua saúde geral, que doenças a acometeram e questionar sobre possíveis alergias. Observe e questione o comportamento da criança no que diz respeito à sua relação com os pais e com estranhos.

Quanto à sua história odontológica, deve-se identificar quais os tratamentos que a criança realizou, como foi seu comportamento, e perguntar a respeito da ocorrência de traumatismo dentoalveolar. Os hábitos alimentares, de escovação e deletérios também devem ser apurados para que se tente identificar fatores de risco causadores de doenças bucais.

Esse momento é propício para analisar o interesse dos pais com relação ao cuidado com a manutenção da saúde bucal da criança, assim como a situação psicológica desta dentro do ambiente familiar e social. É também nesse momento que devemos apresentar aos pais a linha de cuidado e a rede de serviços disponíveis em nosso território, além de questionar sobre quais serviços são utilizados pela criança/família.

O pré-natal foi feito na UBS?
Foram feitas as consultas de puericultura?

Estão em acompanhamento pelo setor de medicina/enfermagem?
Participam dos grupos?
A criança frequenta a escola/creche?
A criança já necessitou ser atendida por algum especialista?

Após esse diálogo com os pais e a criança, passamos ao segundo passo de nosso atendimento: o exame clínico geral e intrabucal.

5.2.2 Exame Clínico Geral e Intrabucal

É importante que o exame clínico seja realizado de forma sistematizada, para que você não se esqueça de avaliar alguma região. Ele inclui desde a observação geral do paciente até os específicos detalhes das estruturas bucais. Você deve iniciar, portanto, pela inspeção geral do paciente, observando a estatura, o porte, a linguagem e a temperatura.

Se for detectado algum desvio de normalidade com relação ao crescimento, ao estado nutricional, físico ou de linguagem, a criança deverá ser encaminhada para uma avaliação mais rigorosa envolvendo outros profissionais.

Em algumas ocasiões, a criança pode estar com temperatura corporal alterada e aparentemente cansada, por exemplo. Nesses casos, é recomendável avaliar a temperatura e questionar os pais sobre o estado de saúde atual do paciente. Não sendo detectada causa odontológica, essa criança deverá ser encaminhada ao médico para a solução diagnóstica e terapêutica.

Deve-se também examinar a cabeça e o pescoço da criança, de forma a analisar o tamanho, a forma e a simetria das estruturas componentes; a textura da pele e dos tecidos subjacentes; a cor e a aparência da pele; a mucosa palpebral e os olhos; os cabelos, os músculos e a articulação temporomandibular (ATM), bem como os ouvidos e o nariz. Vale lembrar que, se for observada alguma alteração da normalidade, o profissional deverá encaminhar o paciente aos cuidados médicos necessários.

Com relação à cavidade bucal, deve-se examinar os lábios, as mucosas labial e jugal, a gengiva, o vestíbulo e o assoalho da boca, o palato, a língua, a orofaringe, os dentes e a oclusão. Durante o exame clínico não se faz teste de vitalidade nos dentes porque a criança não tem condições de passar as informações necessárias. Além de não obter resultado, essa conduta pode atrapalhar o condicionamento da criança. Por fim, realiza-se a análise da fonação através da posição da língua durante a fonação, bem como a deglutição e a musculatura peribucal.

O exame da cavidade oral pode ser muito difícil dependendo da idade da criança. Por isso você pode tentar utilizar técnicas lúdicas (fazer o exame inicialmente em um boneco e depois repetir os procedimentos na criança, por exemplo) e apresentar os instrumentais e equipamentos, conforme foi comentado anteriormente.

5.2.3 Exames Complementares

De posse de todos os dados clínicos coletados, você pode solicitar que sejam realizados exames complementares, visando à complementação diagnóstica. O exame radiográfico é o mais utilizado e pode ser realizado em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou em outros setores indicados pelo município.

A tomada periapical é mais indicada onde houver necessidade curativa. Já as interproximais são designadas para necessidades preventivas ou de controle e manutenção dos dentes. A radiografia periapical da região anterior é importante para que se possa diagnosticar a presença de dentes supranumerários e lesões causadas por traumatismos dentoalveolares.

Outro exame que pode ser solicitado é a *radiografia panorâmica*, que fornece uma visão geral do padrão de desenvolvimento da maxila e da mandíbula, da região de ATM e dos seios maxilares, assim como a relação dos dentes decíduos com os sucessores permanentes. Exames complementares específicos – como hemogramas, tempo de coagulação e sangramento, anatomopatológicos, etc. – também podem ser solicitados conforme a necessidade.

Com a anamnese, o exame clínico e os exames complementares realizados, elabora-se o planejamento e as estratégias para a abordagem e o tratamento da criança. É importante ressaltar que o acompanhamento das famílias pela equipe de saúde pode ser facilitado por algumas ações simples, como:

- a) registro na caderneta de saúde da consulta odontológica; e
- b) registro na ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

5.2.4 Tratamento

O tratamento requer basicamente ações responsáveis do profissional e da família. Portanto, sem a participação ativa da família, o tratamento odontológico da criança será incompleto.

Inicia-se o tratamento fazendo os encaminhamentos necessários (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social) quando houver uma alteração sistêmica maior do organismo ou alguma necessidade que ultrapasse o limite de atuação do dentista.

O próximo passo é realizar a adequação do meio bucal e os procedimentos preventivos, como: controle da placa, motivação para a higiene bucal, fluoroterapia, aplicação de selantes, utilização de agentes químicos (clorexidina, por exemplo) e controle da dieta.

Nessa etapa é interessante fazer com que a criança recorde as informações que já foram trabalhadas em grupo, na escola, para auxiliar na orientação da técnica de escovação, na motivação para a higiene bucal e no controle da dieta. Os pais que participaram de grupos de atenção à saúde bucal também devem ser incentivados a lembrar o que aprenderam.

A adequação do meio bucal compreende manobras realizadas para preparar a cavidade bucal para receber o tratamento reabilitador. São realizadas, por exemplo, exodontias, remoção parcial do tecido cariado e selamento com material provisório, colocação de curativos em dentes com comprometimento endodôntico, entre outras. Nesse momento, ao exercer as manobras clínicas, deve-se trabalhar com o comportamento da criança.

Assim que se observa a diminuição da progressão da doença ou o seu controle, inicia-se a fase restauradora, em que procedimentos definitivos de atenção básica serão executados, como restaurações e pequenas cirurgias. Os demais procedimentos podem ser encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), onde são oferecidos serviços como periodontia, endodontia, cirurgias orais menores e atendimento a pacientes especiais.

Após a conclusão do tratamento, há a etapa de manutenção, com a realização de controle periódico de higiene bucal e dieta, além do reforço da motivação. O acompanhamento clínico e radiográfico dos procedimentos executados é recomendável, especialmente

nos casos que envolvem traumatismos dentários, tratamentos expectantes, endodontias e pulpotomias, em que a preservação é essencial para que sejam tomadas as medidas devidas conforme a evolução desses problemas.

Você já parou para pensar sobre quais são os parâmetros utilizados para considerar um tratamento completado? O tratamento é das lesões ou das doenças? Reflita sobre essas questões...

5.2.5 Tratamento de Urgência

É preciso lembrar que a clínica odontológica não é composta somente por problemas de rotina. Em muitas ocasiões, crianças necessitam de tratamento de urgência.

A *urgência* é uma condição que requer diagnóstico e tratamento imediato, portanto tem prioridade sobre as consultas agendadas. Normalmente as urgências envolvem casos de:

- a) dor;
- b) edema de face;
- c) abscesso/fístula;
- d) hemorragia;
- e) deslocamento, fratura ou perda de dentes por trauma;
- f) ferimentos na cavidade bucal.

No entanto as situações de urgência mais frequentes são as *odontalgias* causadas por trauma ou por processos infecciosos, e a gravidade do caso apresentado pelo paciente, como já foi dito, deverá ser considerada na avaliação das prioridades no atendimento.

Na ocasião de uma urgência, o profissional deverá ater-se ao exame mais conciso e dirigido, para que consiga resolver o problema o mais rápido possível. Porém, nesses casos, por haver frequentemente necessidade de intervenção, é necessário preparar adequadamente a criança para a situação. Por esse motivo, o manejo psicológico é um fator de muita importância neste tipo de tratamento.

5.3 Orientações Multiprofissionais de Saúde Bucal

As orientações que você verá a seguir devem ser compartilhadas no mínimo com o médico e o enfermeiro. Elas estão organizadas numa linha do tempo para fins acadêmicos, procurando ressaltar aspectos relevantes em cada período. Cabe aos profissionais conhecê-las e lançar mão delas de acordo com a realidade apresentada no cotidiano. Pense em estratégias que permitam incluir os cuidados com a saúde bucal na rotina de cuidados com a criança desenvolvidos em sua UBS, são elas:

Orientações Durante o Planejamento Familiar

A consulta odontológica deve fazer parte da rotina de exames proposta à mulher que deseja engravidar. Ela deve ser orientada para que procure atendimento odontológico para revisão de sua saúde bucal. Esse cuidado é importante, pois, se houver alguma necessidade de tratamento, poderá ser atendida de maneira mais confortável para a mulher e sem as limitações da condição apresentada pela gestante. Deve-se destacar também que a colonização da boca da mãe é uma das principais (se não a principal) fontes de colonização da boca da criança.

Não só a mulher, mas também os demais membros da família devem ser estimulados para os cuidados com a saúde bucal. Nesse sentido, se faz necessário:

- a) explicar a necessidade de escovação dos dentes no mínimo 2 vezes ao dia, com creme dental fluoretado, principalmente antes de dormir;
- b) estimular o uso do fio dental no mínimo 1 vez ao dia;
- c) incentivar a redução de consumo de açúcar;
- d) orientar sobre a importância da consulta regular com o cirurgião-dentista.

Esses estímulos devem estar incorporados ao processo de trabalho da equipe, assim como outras orientações e esclarecimentos sobre a saúde bucal. A família deve, por exemplo, receber informações sobre a cronologia de irrupção dos dentes, sobre a presença do primeiro molar permanente, conhecimentos importantes para que os pais monitorem a saúde bucal de seus filhos.

Período Pré-Natal

Durante a primeira consulta do pré-natal, a gestante deve ser orientada para que procure atendimento odontológico para uma revisão de sua saúde bucal. Esse cuidado é fundamental para que sejam tomadas as medidas educativo-preventivas pertinentes, e para que seja realizado o planejamento de algum tratamento reabilitador, se houver necessidade. Uma boa saúde bucal poderá facilitar todo o período pré-natal.

É importante lembrar que o uso de flúor endógeno sob a forma de gotas ou complexos vitamínicos está **contraindicado** à gestante. Os melhores benefícios do flúor decorrem de sua aplicação tópica em baixa concentração e alta frequência, ou seja, através da escovação dental com pasta fluoretada.

Do Nascimento ao Terceiro Mês

No decorrer do período do nascimento ao 3º mês, a mãe deve receber informações sobre os benefícios da amamentação materna. Caso a criança necessite ser alimentada artificialmente, deve-se orientar para o uso de colher e copinho. Se houver insistência dos pais no uso de mamadeira orientar para que não a utilizem quando o bebê estiver no berço. Alertar também que não a utilizem se estiverem com bicos inadequados (forma e furo alargado) assim como não devem adoçá-la artificialmente. Todos esses cuidados contribuem para o bom desenvolvimento da criança em todas as dimensões. Por isso você deve ficar atento e orientar as mães com relação a essa conduta.

Os hábitos de sucção não nutritivos, como a chupeta e o dedo, devem ser desencorajados, pois geralmente as necessidades de sucção do bebê são supridas pela amamentação ou pela alimentação artificial, como recomendada acima. No entanto, há bebês que apresentam grande necessidade de sucção e, nesses casos, a chupeta pode ser aliada, trazendo conforto e calma ao bebê e à família. Se a criança apresentar necessidade de chupeta, o bico deverá ter a forma do bico do peito (como na situação que vimos há pouco). Assim que o bebê deixa de sugar, recomenda-se que a chupeta seja retirada.

O compartilhamento de utensílios como colheres e copos, assim como a limpeza do bico através da saliva da mãe, são atitudes que devem ser desencorajadas. Práticas como embeber o bico em mel ou líquidos adoçados também devem ser desestimuladas e apontadas como nocivas ao desenvolvimento da criança. Outro cuidado importante é que o uso de flúor endógeno sob a forma de gotas ou complexos vitamínicos está contraindicado ao bebê ou à criança em qualquer idade.

Sexto Mês a Um Ano

Os pais ou cuidadores devem ser informados que a partir do sexto mês os primeiros dentes iniciam seu processo de erupção. Nesta fase é comum a criança sentir desconforto causado pela erupção dos dentes decíduos. Pode-se indicar para alívio deste desconforto, que a criança utilize mordedores frios ou a mãe use gaze embebida em água gelada (previamente fervida ou filtrada) sobre a parte da gengiva onde há a irritação (local onde o dente irá surgir).

Se a criança estiver sendo alimentada na mamadeira, a família deve ser orientada a desencorajar o seu uso e a estimular o uso de copinho ou colher.

Com relação à higiene bucal, o uso de creme dental fluoretado deve ser iniciado assim que os primeiros dentes irromperem na boca, no máximo duas vezes ao dia e usando-se uma quantidade muito pequena de pasta dental. A criança pode utilizar a mesma pasta utilizada pela família, mas o importante é o cuidado com a quantidade de pasta e com o acesso da criança ao tubo. Todo creme dental deve ser tratado como medicamento e ser mantido fora do alcance de crianças. Por isso, após a refeição ou mamada, a escovação deve ser realizada sob a supervisão de um adulto. Esse cuidado é importante, pois reduz a absorção do creme dental. Você deve instruir os responsáveis pela criança a depositar a pasta na extremidade das cerdas da escova, de forma transversal, apenas manchando a superfície, sem gerar volume. O cuidador deve posicionar-se atrás da criança para realizar a escovação, apoiando sua cabeça. É necessário que ele procure escovar todas as faces dos dentes e também a região do sulco gengival (junção dos dentes com a gengiva). Ao final da escovação, o excesso de pasta deve ser retirado, e a boca deve ser bem enxaguada. Você também deve recomendar o uso do fio dental, no mínimo 1 vez ao dia, a partir do momento em que os dentes da criança entrarem em contato lateral entre si. Todos esses cuidados são necessários para que se obtenha os benefícios do creme dental fluoretado na prevenção da cárie e da fluorose dentária.

Algun outro tipo de 4
controle além daquele
regularmente realizado
pela empresa responsável
pelo abastecimento de
água na sua cidade.

Essa é uma medida de cobertura populacional total, ou seja, deve ser ofertada a todas as crianças de sua área de abrangência, mesmo na presença de água fluoretada. Lembre-se de que os níveis de flúor na água devem ser monitorados, especialmente através do **heterocontrole**⁴. Veja em sua cidade como isso esta sendo realizado. Além disso, os pais devem ser aconselhados a manter as preparações fluoretadas fora do alcance das crianças.

Os responsáveis pela criança também devem ter atenção especial quando ela estiver doente, porque as medicações normalmente

contêm sacarose em grande quantidade. A substância serve para melhorar o sabor e auxiliar na conservação do remédio, mas se configura como um fator de alto risco para o surgimento de cárie dentária. O problema é que o medicamento normalmente é dado durante o sono, e os pais não realizam a higiene bucal da criança nesse momento, até porque costuma ser mais difícil realizar esse procedimento devido à condição de saúde da criança. Por isso a família deve ser orientada a retomar os cuidados com a saúde bucal logo que a criança apresentar melhora e, conforme o caso, encaminhá-la para consulta odontológica.

Para prevenir traumas bucodentais, as famílias e os professores devem ser instruídos para que não deixem as crianças sozinhas, principalmente em lugares altos, próximos a escadas e janelas, onde se recomenda o uso de portões e grades. Quando as crianças começam a engatinhar e a andar, os pais precisam ter cuidado com locais com muitos móveis e quinas; é aconselhável que elas fiquem descalças, usem sapatos com sola de borracha ou meias antiderrapantes para não escorregar e cair. Durante os passeios de carro, as crianças devem ser devidamente acomodadas em cadeiras especiais.

Mas e se o trauma não puder ser evitado? Nessas situações, os responsáveis devem providenciar o mais rápido possível o encaminhamento da criança a um dentista da UBS, podendo haver um novo encaminhamento ao CEO ou ao hospital, de acordo com a gravidade e a extensão do trauma e conforme as condições físicas da criança. As hemorragias devem ser controladas e a região afetada, limpa com soro e gaze. Nos casos de dor, deverão ser administrados analgésicos.

A Partir dos Dezoito Meses

Nessa idade, toda criança já deve ter o acompanhamento de sua saúde bucal bem estabelecido. Os profissionais de saúde devem ficar atentos e questionar os pais sobre a atenção à saúde bucal recebida pela criança até o momento: data da primeira consulta com o dentista, participação em grupos na UBS, se está matriculada numa creche, se recebe cuidados de saúde bucal na creche, etc.

A avaliação da saúde bucal deve ser feita em cada consulta à procura de lesões cáries e outras patologias, além do monitoramento da higiene bucal e de como ela está sendo realizada, com ou sem uso de creme dental fluoretado.

A higiene bucal deve ser supervisionada pelo cuidador até 8 anos de idade. As orientações dietéticas devem focar-se na minimização do uso do açúcar e na limitação dos lanches e bebidas entre as refeições.

Os hábitos de sucção não nutritivos (chupeta e dedo) ou nutritivos (mamadeira), se existirem, devem ser descontinuados, tendo em vista que podem prejudicar o estabelecimento de uma oclusão adequada se forem mantidos após os 24 meses de idade.

Na constatação de alguma alteração da função normal na respiração da criança (principalmente a respiração bucal), deve-se encaminhar a criança ao médico da UBS para avaliação.

Nas crianças, as urgências odontológicas mais frequentes são as odontalgias causadas por trauma ou por processos infecciosos. Deve-se encaminhar imediatamente o paciente ao dentista da UBS, podendo haver o encaminhamento ao CEO ou hospital, de acordo com a gravidade do caso. Nos casos em que há comprometimento sistêmico (febre, por exemplo), o médico deve avaliar.

5.4 Condutas Diante dos Principais Agravos à Saúde Bucal Infantil

Essa seção está composta por quadros que sintetizam os principais agravos no que se refere à saúde bucal infantil. Neles você verá quais são os fatores de risco relacionados a cada um desses problemas, os sinais e exames complementares que podem facilitar o diagnóstico e as formas de tratamento recomendadas. Começaremos pelo Quadro 15, que trata da cárie dentária, seguido dos quadros 16 a 20, que contemplam outros agravos.

CÁRIE DENTÁRIA		
FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
Fatores culturais e socioeconômicos.	Exame clínico e complementado com exame radiográfico, se necessário.	Controle dos fatores de risco.
Falta de acesso ao flúor.		Controle da atividade da doença.
Deficiente controle do biofilme (placa bacteriana).	Sinais de atividade da doença: manchas brancas rugosas e opacas no esmalte ou cavidades com tecido dentinário amolecido e de cor marrom clara.	Ações educativas para controle da placa, uso tópico de flúor, aconselhamento dietético e estímulo do fluxo salivar.
Consumo excessivo e frequente de açúcar.		Remoção profissional da placa.
Xerostomia .	Sinais de lesões inativas: manchas brancas brilhantes ou cavidades com tecido dentinário escurecido, liso, brilhante e duro.	Adequação do meio bucal.
		Uso de selantes.
		Decisão restauradora (restaurar as lesões cavitadas em dentina, em que o controle da placa não for possível; controlar as lesões em que o controle de placa for viável).

Quadro 14: Cárie dentária: fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

DOENÇA PERIODONTAL

FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<p>Ausência de controle da placa.</p> <p>Fatores culturais e socioeconômicos.</p> <p>Imunodepressão.</p>	<p>Exame clínico e complementado com exame radiográfico, se necessário.</p> <p>Avaliação dos fatores de risco (placa visível presente).</p> <p>Avaliação da perda de inserção e sinais de inflamação (sangramento e secreção).</p> <p>Avaliação de alterações sistêmicas.</p> <p>GEHA (Gengivostomatite herpética aguda): dificuldade de alimentação, febre, lesões vesiculadas dispersas na mucosa oral, recobertas por pseudomembrana esbranquiçada.</p> <p>Periodontite pré-puberal: periodontite de progressão rápida, caracteriza-se pela destruição do periodonto de sustentação (envolvimento da dentição decídua e mista). Geralmente associada a doenças sistêmicas (otite média ou infecções respiratórias).</p>	<p>Controle dos fatores de risco.</p> <p>Controle da atividade da doença: motivação e higiene bucal.</p> <p>Raspagem, alisamento e polimento dentário.</p> <p>Remoção de fatores retentivos de placa (restauração inadequada, por exemplo).</p> <p>GEHA: administrar analgésico/antitérmico, orientação de higienização rigorosa e frequente com gaze e solução fisiológica, hidratação, alimentação hiperprotéica e hipercalórica, vaselina pomada para umidificar os lábios e anti-inflamatórios tópicos para conforto do paciente.</p> <p>Periodontite juvenil: antibioticoterapia e curetagem.</p>

Quadro 15: Doença periodontal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

TRAUMATISMO DENTÁRIO		
FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<p>Fatores ambientais da vida familiar (áreas de residência, escola, tipos de diversão, área de lazer e condição socioeconômica que predisponham aos acidentes).</p> <p>Fatores humanos (condições físicas como o trespassse horizontal acentuado e a hipotonia labial, condições comportamentais como personalidade hiperativa, falta de uso de instrumentos de proteção contra acidentes – cintos de segurança, protetores para prática de esportes, uso de assentos especiais para crianças).</p>	<p>Exame clínico e complementado com exame radiográfico, se necessário.</p> <p>Avaliar a condição sistêmica (febre, por exemplo).</p>	<p>Primeiros socorros (cuidado imediato com dentes danificados para evitar contaminação bacteriana nos túbulos dentinários e possível inflamação pulpar, assepsia da área traumatizada, controle do sangramento e da dor, contenção).</p> <p>Atendimento clínico imediato (após o trauma, análise das sequelas e tratamento das mesmas com restauração, exodontia, endodontia, etc).</p> <p>Acompanhamento (a preservação do caso é de extrema importância, tendo em vista que sequelas do trauma podem se manifestar algum tempo depois da ocorrência do mesmo).</p>

Quadro 16: Traumatismo dentário: fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

FLUOROSE DENTÁRIA

FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<p>Presença de flúor em teores acima do recomendado nas águas de abastecimento público, originado do processo de fluoretação ou naturalmente existente nos mananciais.</p> <p>Uso concomitante de duas ou mais formas de ingestão de flúor (sistêmico). Ex: água fluoretada e uso de medicamentos contendo flúor.</p> <p>Ingestão EXCESSIVA de creme dental na fase de formação dentária em locais com água fluoretada.</p> <p>Ausência de sistema de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e nas águas minerais embaladas.</p> <p>Uso abusivo de formas tópicas de aplicação de flúor (ocorrendo ingestão das mesmas) em locais com uso sistêmico de flúor.</p>	<p>Exame clínico (observação de finas linhas brancas, que podem tornar-se amareladas ou marrons pela impregnação de corantes dos alimentos, até várias formas de erosão).</p> <p>IMPORTANTE: A lesão é sempre simétrica (dentes homólogos apresentam fluorose nos mesmos níveis).</p> <p>O diagnóstico diferencial mais importante é com mancha branca decorrente de cárie e com outras opacidades.</p> <p>Considerar na avaliação a exposição ao flúor, sua origem e seus teores na água de consumo.</p>	<p>Formas mais graves de fluorose dentária podem, às vezes, ser consideradas um incômodo estético para o paciente, sendo indicado o tratamento das manchas.</p> <p>Remoção da mancha com técnica de microabrasão (lixar o esmalte poroso externo até que a mancha seja removida).</p> <p>Em casos mais graves, é necessária a confecção de coroas ou facetas.</p>

Quadro 17: Fluorose dentária: fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

MÁ OCLUSÃO		
FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<p>Hereditariedade (padrões de crescimento dentofacial, tamanho dos dentes, potência da musculatura facial).</p> <p>Defeitos de desenvolvimento de origem desconhecida.</p> <p>Enfermidades sistêmicas (distúrbios endócrinos, síndromes) e/ou enfermidades locais (obstrução nasal, tumores, doença periodontal, perdas ósseas e migrações, cárie dentária).</p> <p>Traumatismos pré e pós-natais.</p> <p>Agentes físicos (extração prematura de dentes decíduos, natureza da alimentação ou função mastigatória reduzida pelas técnicas de cocção, uso de talheres, alimentos processados e refinados, incluindo a presença ou ausência de alimentação dura, seca e fibrosa).</p> <p>Hábitos nocivos (sucção de bicos, de dedos, de lábio, uso de mamadeira, onicofagia, respiração bucal, quadros infecciosos de repetição).</p> <p>Deficiências nutricionais e má nutrição.</p>	<p>Identificação dos fatores de risco e redução dos mesmos.</p> <p>Avaliação clínica e uso de métodos diagnósticos específicos, tais como radiografias panorâmica e cefalométrica, modelos de estudo.</p>	<p>Tratamento preventivo e interceptativo (informações e mínima intervenção profissional).</p> <p>Informações: estímulo a manter um padrão de respiração nasal; à alimentação e higienização adequadas ao desenvolvimento da face e oclusão; esclarecimento da importância de manutenção dos dentes decíduos em perfeito estado para o desenvolvimento da face e oclusão; orientação mastigatória buscando corrigir pequenos desvios de posição.</p> <p>Intervenção: execução de desgastes seletivos.</p> <p>Referenciar para o médico e/ou fonoaudiólogo quando houver necessidade de atuação interdisciplinar (problemas do trato respiratório).</p> <p>A correção da má oclusão instalada e que não pode ser prevenida ou minimizada pode ser feita por meio de tratamento ortodôntico ou tratamento ortopédico funcional dos maxilares (encaminhamento para centros de referência).</p>

Quadro 18: Má oclusão: fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

ANOMALIAS DE TECIDOS DUROS E MOLES

FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<p>Hereditariedade.</p> <p>Síndromes (Crouzon, Down, Displasia ectodérmica, Turner, etc.).</p> <p>Dano anterior à formação do dente (trauma, infecção, radiação, medicamentos quimioterápicos, etc.).</p>	<p>As anomalias de tecido duro e mole são diagnosticadas principalmente através de exame clínico criterioso, observando-se alterações no crescimento e no desenvolvimento normais dos tecidos bucais.</p> <p>O exame radiográfico irá auxiliar no diagnóstico das alterações em tecido duro, principalmente nos casos de alteração de número dos elementos dentais.</p>	<p>As anomalias dentárias podem ser tratadas por meio de manobras ortodônticas, cirúrgicas (como colocação de implantes dentários) e/ou restauradoras, visando recuperar a forma e a função do elemento afetado.</p> <p>O tratamento da microglossia, quando há envolvimento estético, é realizado através de cirurgia. Nos casos de anquiloglossia, quando há interferência oclusal ou alteração periodontal, está indicada a cirurgia de remoção do freio lingual (frenectomia).</p> <p>O tratamento do cisto ou hematoma de erupção, via de regra, não é necessário, pois, geralmente a lesão é pequena, e o dente ao irromper, promove um esvaziamento da lesão cística. No entanto, quando o cisto de erupção trazer desconforto ou vier acompanhado de qualquer sintomatologia mais grave, a excisão da mucosa subjacente se faz necessária para expor a coroa do dente e drenar o fluido acumulado.</p> <p>Quando a fonação estiver afetada, tanto nos casos de macroglossia, microglossia ou anquiloglossia, deve ser realizado encaminhamento para um fonoaudiólogo.</p> <p>Os cistos mucosos de recém nascido não requerem tratamento, pois desaparecem espontaneamente num período de 3 meses.</p>

Quadro 19: Anomalias de tecidos duros e moles: fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

Fonte: Adaptado de Correa, 2001 e Neville, 1998.



Você pode encontrar mais detalhes sobre os principais agravos à saúde bucal nas leituras indicadas abaixo. Aprofunde seus conhecimentos!

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17, Brasília, 2008. Cap. 3.

Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2010.

HEBLING, S. R. F. **Ortodontia em saúde coletiva**: epidemiologia e protocolo de assistência. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria)-Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2006.

ASSED, S. **Odontopediatria**: bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

ITTER, A. V.; BARATIERI, L. N.; MONTEIRO J. R. S. **Caderno de Dentística**: proteção do complexo dentina-polpa. São Paulo: Santos, 2003.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta unidade abordou as condições que identificam a saúde bucal da criança, os principais agravos e as possibilidades de tratamento no âmbito da atenção básica numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Destacou inicialmente a importância da percepção do dentista para as características normais do crescimento e do desenvolvimento infantil, para que, ao observar alguma alteração na evolução deste desenvolvimento, saiba dar o encaminhamento adequado para cada caso. Além disso, a importância das funções orais e seu correto desenvolvimento foram enfatizados, assim como a preservação da integridade dental. Para as consultas odontológicas, sejam elas de rotina ou de urgências, foi ressaltado o valor da boa relação profissional-criança-família, como também a importância de um manejo adequado. Ao final, você viu as informações sobre saúde bucal que devem ser compartilhadas com outros profissionais da saúde, e sobre a conduta do dentista frente aos principais agravos que acometem as crianças, subsidiando assim o processo de trabalho interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17, Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2010.

CORREA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2001.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NEVILLE, B. et al. **Patologia oral & maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GUEDES-PINTO, A. C. G.; ISSÁO, M. **Manual de odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2006.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria - fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Premier, 2005.

UNIDADE 6

MÓDULO 5

6 REFERÊNCIA À ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA E CONTRAREFERÊNCIA À ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Você já parou para pensar sobre o encaminhamento de seus pacientes para a atenção secundária ou terciária? E sobre o retorno deles? Já pensou sobre as dificuldades encontradas para que esse fluxo seja estabelecido? Refletiu sobre o que é necessário para que o sistema de encaminhamentos funcione efetivamente e sobre o quanto os profissionais da saúde contribuem para isso?

A atenção à saúde bucal da criança na estratégia saúde da família extrapola os limites da boca, o que exige que suas ações integrem serviços de diferentes áreas de conhecimento, com o objetivo de mudar circunstâncias ambientais e sociais que afetam a saúde (BRASIL, 2006b). Quer dizer que essas ações têm a ver com a questão do cuidado, que, como você sabe, significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação da equipe de saúde com indivíduos, famílias e comunidades. Significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural, e acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde.

Neste momento, você será convidado a refletir sobre suas possibilidades de atuação em saúde da criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). E, por outro lado, será desafiado a pensar na perspectiva da integralidade da atenção e a trabalhar de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Portanto, ao final desta unidade, você deverá ser capaz de identificar os principais fatores relacionados à necessidade de encaminhamento aos demais níveis de atenção do SUS no que diz respeito aos agravos da saúde infantil; conhecer as especialidades pediátricas e o fluxo de atendimento diante dos principais agravos à saúde da criança; e realizar ações de referência e contrarreferência com acompanhamento da criança nos diferentes níveis de atenção.

Bons estudos!

6.1 Os Principais Fatores Relacionados à Necessidade de Encaminhamento nos Três Níveis de Atenção no Âmbito do SUS

A atenção integral inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se às ações nos outros níveis de atenção. De acordo com a complexidade, cada caso poderá necessitar

do envolvimento de outras especialidades – como a odontopediatria, a periodontia, a cirurgia buco-maxilo-facial, a estomatologia, a ortodontia ou pacientes especiais – que irão incorporar tecnologias de conhecimentos, objetivando a oferta da melhor atenção possível. Entretanto a equipe de saúde bucal necessita esgotar os limites de suas possibilidades na propedêutica e na clínica, produzindo uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade.

Dessa forma, você, cirurgião-dentista da atenção básica, ao fazer todo o trabalho de vigilância das famílias residentes em seu território de atuação (sendo, portanto, conhecedor da realidade local), deverá considerar seus limites de atuação nas situações de agravos à saúde da criança. Sendo assim, você deverá encaminhar e/ou discutir o caso com os demais profissionais da equipe de saúde da família (com a Medicina e Enfermagem, e matriciamento com as equipes que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, como por exemplo, a Farmácia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social). O serviço social, por exemplo, atua de forma dinâmica com o paciente e a família, oferecendo o suporte técnico adequado para uma vida comunitária dentro da normalidade. Assume, dessa forma, os desafios de empreender uma prática social educativa e uma política de enfrentamento às questões sociais.

Os encaminhamentos às especialidades (níveis secundário e terciário) devem ser realizados e assegurados sempre que a equipe de profissionais da UBS esgotar seus limites de atuação e quando a avaliação clínica da criança apresentar um comprometimento sistêmico maior ou específico, que necessite da atuação de um especialista. Alguns exemplos são:

- a) encaminhamento da criança ao otorrinolaringologista e/ou fonoaudiólogo com o objetivo de solicitar avaliação para intervenção e tratamento de problemas do trato respiratório, ou quando houver necessidade de correção de hábitos bucais (sucção de chupetas ou polegar, roer unhas e interposição de língua) que favorecem a má oclusão por interposição de forças mecânicas;
- b) crianças portadoras de algum tipo de deficiência, cuja história médica e considerações complexas necessitem de uma atenção especializada, ou crianças com alguma deficiência associada a distúrbios de comportamento, após tentativas frustradas de atendimento na UBS, devem ser encaminhadas ao especialista em pacientes especiais;
- c) crianças especiais que necessitem que o tratamento seja realizado sob sedação ou anestesia geral devem ser encaminhadas para o serviço de referência hospitalar.

É importante destacar que crianças que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos, quimioterapia ou transplantes, devem passar por preparo pré-operatório através da adequação do meio bucal, com o objetivo de eliminar focos de infecção, que são prejudiciais para o período de recuperação.

Além disso, é necessário que você conheça também os critérios de encaminhamento de seus pacientes aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Agora, portanto, você verá situações encontradas no cotidiano da clínica odontológica, que são indicadas para encaminhamento aos serviços de referência. Fique atento!

Odontopediatria

Crianças que necessitam de tratamento odontológico e não permitiram o atendimento clínico convencional na UBS, ou que apresentam outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento para o CD, devem ser encaminhadas a um odontopediatra. A mesma atitude deve ser tomada em casos de exposição pulpar (quando tentativas de tratamentos conservadores, como pulpotomias e capeamentos, não obtiveram sucesso de tratamento) e em casos de fluorose dentária que comprometam a estética, para que sejam realizadas técnicas de microabrasão, coroas ou facetas.

Cirurgia

Crianças que apresentem casos de traumatismos dentoalveolares ou luxação de articulação, após os primeiros socorros na UBS, devem ser encaminhadas ao CEO ou ao hospital, de acordo com a gravidade e a extensão do trauma. O mesmo tipo de encaminhamento deverá ser feito em casos de: dentes com retenções; inclusões ou impactações dentárias; tracionamentos dentários; exodontias complexas; enxertos ósseos nos maxilares; e tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos maxilares.

Estomatologia

Esse encaminhamento é indicado nos casos de detecção de lesões que necessitem de biópsia incisional ou excisional, punção, ou outros métodos para diagnóstico e tratamento.

Ortodontia

O encaminhamento a um ortodontista deve ocorrer nos casos diagnosticados como de má-oclusão. Vale dizer que, se houver necessidade, você também pode referenciar o paciente ao otorrinolaringologista e/ou fonoaudiólogo para intervenção e tratamento de problemas do trato respiratório.



Na Prática

Ao detectar fatores que impliquem necessidade de encaminhamento ao serviço especializado de tratamento de crianças na UBS, alguns cuidados deverão ser tomados. Primeiramente, as crianças devem receber minimamente ações para controle de infecção bucal (com adequação do meio bucal), incluindo remoção de fatores retentivos de placa bacteriana, raspagem, alisamento e polimento supragengival.



Saiba Mais

Você pode complementar seus conhecimentos através das seguintes leituras:

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 5. ed. Santos: São Paulo, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Cadernos de atenção básica**, n. 17.. Brasília, 2006.

No capítulo 5 do Caderno de Atenção Básica, n. 17 do MS, você encontra as recomendações para a referência e contra-referência aos CEO, assim como os fluxogramas de diagnóstico e encaminhamentos.

6.2 As Ações de Referência e Contrareferência e o Acompanhamento da Criança nos Diferentes Níveis de Atenção

Um dos principais desafios na organização da atenção à saúde bucal na Saúde da Família é reordenar a atenção de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a). A priorização da Saúde Bucal na atual gestão do Ministério da Saúde originou o programa Brasil Sorridente, que tem promovido a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal e de Atenção Especializada, especialmente

através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pautando-se pela busca da efetivação da integralidade na atenção à saúde. Isso implica a incorporação e o desenvolvimento de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contrareferência, proporcionando o atendimento integral da criança.



Saiba Mais

Você pode ler mais a respeito do programa Brasil Sorridente consultando: BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil sorridente**: a saúde bucal levada a sério. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578>. Acesso em: 27 fev. 2010.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) acrescenta aos princípios e diretrizes do SUS a acessibilidade, o vínculo, a continuidade, a responsabilização e a humanização. Porém isso só se concretizará se houver a garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a). A PNAB, em suas diretrizes, destaca a corresponsabilização dos serviços e de seus profissionais com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas. Para tal, o desenvolvimento de práticas profissionais deve estar baseado no respeito à identidade dos usuários e no conhecimento do contexto familiar e laboral (BRASIL, 2004).

Ao diagnosticar fatores que impliquem a necessidade de encaminhamento da criança, este deverá ser realizado através de **meios formais**, como formulários de referência do SUS ou formulários específicos da instituição em que se trabalha, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias, entendendo que o agendamento por escrito é condição fundamental para que seja possível criar possibilidades de prosseguir o tratamento conforme o fluxo do sistema.

Após o término do tratamento, a criança deverá ser encaminhada para a UBS/SF de origem para a conclusão do tratamento inicial e para manutenção, juntamente com o formulário de contrareferência devidamente preenchido, onde conste a identificação do profissional, o diagnóstico e o que foi realizado. Vale dizer que, muitas vezes, a utilização de **meios informais** de comunicação também é necessária – como um telefonema para o centro especializado/especialista – como forma de buscar informações que auxiliem no tratamento.

O sistema de agendamento de consultas e exames depende de cada instituição. O Ministério da Saúde, no entanto, objetivando a

Verifique se o sistema já 5
esta disponível em sua
cidade!

ordenação das práticas de assistência, disponibiliza um mecanismo de referenciamento *on-line*; ou seja, um sistema de marcação de consultas e exames às especialidades através do SISREG (Sistema de Regulação do SUS)⁵, que pode ser adotado pelos serviços públicos de saúde de todo o país.

É importante destacar que durante o tratamento especializado, os profissionais da atenção básica têm a função de dar apoio à criança e à família em nível local, prestando assistência e acompanhamento através de visitas domiciliares e na própria UBS, num contexto mais ampliado e integral de assistência à saúde, seja por meio de ações de assistência curativa/terapêutica ou de ações promotoras de saúde.

Os profissionais da atenção básica devem estar preparados para oferecer um serviço com um olhar para o todo, com uma visão vigilante, generalista e integral da criança, da família e da comunidade. Assim, para que se possa assegurar o atendimento e o acesso dos indivíduos aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contrarreferência, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de um setor de saúde para outro, em geral provenientes de níveis de atenção diferentes. Porém, nada impede que esse encaminhamento se dê no mesmo setor de atenção. Uma vez realizado o atendimento, o usuário é encaminhado novamente para o setor de saúde de origem (contrarreferência).

Para que haja o atendimento integral da criança e da família, é fundamental a atuação de uma equipe interdisciplinar, de modo que as ações estejam em sintonia através de um trabalho em equipe, com troca de experiências e saberes entre as disciplinas envolvidas, de maneira a proporcionar um processo reabilitador como um todo.

No modelo interdisciplinar, a construção do plano de tratamento é coletiva, devendo cada profissional apresentar sua opinião, seguindo-se um período de discussão até o alcance do consenso, com redação final das recomendações. Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, não basta somente facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais. É necessário também montar um sistema que proporcione um compartilhamento de responsabilidades pelos casos, conforme cada projeto terapêutico específico.

O papel de cada instância deve ficar bem claro. Em uma equipe interdisciplinar, fica evidenciada a importância de cada trabalhador e a interdependência entre as diferentes áreas, o que possibilita uma valorização profissional atrelada a resultados, e não somente ao *status* ou prestígio de determinadas especialidades (BRASIL, 2006a). Através de uma efetiva comunicação entre os níveis de atenção básica, secundária e terciária será possível construir uma prática de atenção global.



Saiba Mais

Amplie seus conhecimentos com as leituras sugeridas abaixo! Elas trazem reflexões sobre atenção em saúde, integralidade na assistência e humanização no atendimento, fundamentais para que o sistema de referência e contrarreferência funcione efetivamente.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica a saúde. Integralidade? Atenção Básica? In: GARCIA, D. V. (Org). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ; ANS/UNESCO, 2005. p. 28-42.

MENDES, E. V. **Atenção primária a saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R.; Mattos R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006.

SÍNTESE DA UNIDADE

A organização da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família traz uma proposta de reorganização da atenção com ações voltadas para a linha do cuidado através do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Como você viu, esta unidade trouxe esclarecimentos sobre as ações e os limites de atuação da atenção básica e sobre os encaminhamentos nos níveis de atenção secundária e terciária no que se refere à saúde da criança. Além disso, identificamos os principais fatores relacionados à necessidade de encaminhamento de agravos da saúde bucal infantil e reforçamos a importância de que você conheça as especialidades pediátricas e o fluxo de atendimento diante dos principais agravos à saúde da criança. Você também viu quais são as competências de cada nível de atuação no acompanhamento da criança e sobre a realização de ações de referência e contrareferência. Por fim, refletimos sobre as responsabilidades dos profissionais de saúde para que o sistema funcione efetivamente em busca da integralidade da atenção à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Pactos pela Saúde**. Brasília, v. 4, 2006a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde bucal. **Caderno de Atenção Básica**, n. 17. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004.

AUTORES

Ana Izabel Jatobá de Souza

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), graduação em Pedagogia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (1990), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1995) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem do Cuidado da Criança e Família, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, cuidado, família, criança, pediatria e câncer.

Marcela Ceci Döhms

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal do Paraná (2004) e é Médica de Família e Comunidade com residência médica pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006). Atualmente é médica da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Florianópolis e Mestranda de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Daniela Lemos Carcereri

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), Mestrado em Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é professora classe adjunto nível III, do Curso de Graduação em Odontologia e professora responsável pela área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua como tutora da área de odontologia no PET SAÚDE e no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, PRISF/UFSC.

Heitor Tognoli

Médico graduado pela UFSC (2004), mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí (2006), especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação

do Ensino Superior na Área da Saúde pela Fiocruz (2006), e doutorando em Saúde Coletiva na UFSC. Atualmente é coordenador e professor da disciplina de Medicina de Familiar e Comunitária da Universidade do Vale do Itajaí, e vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação Médica, Formação de Recursos Humanos para o SUS, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

Daniela Lorenzoni

Graduada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Área de Odontologia em Saúde Coletiva (UFSC). Cirurgiã-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC. Atuou como preceptora no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família – PRISF/UFSC/PMF/MS.

Deniz Faccin

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (2004). Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (2006). Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Gaspar - SC.

Carla Miranda

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Mestrado em Odontologia - Área de concentração: Materiais Dentários - Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Doutorado em Odontologia - Área de concentração: Odontopediatria - Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Atualmente é professora substituta da disciplina de Materiais Dentários e do Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) na Universidade Federal de Santa Catarina.

Este módulo apresenta ao especializando uma visão das atividades interdisciplinares envolvendo pactos, políticas e programas de saúde para a infância no Brasil e no mundo; a equipe de Saúde da Família e o planejamento de ações voltadas à Saúde da Criança, à criança, ao meio ambiente, à família e uma visão prática das atividades clínicas individuais de cada profissão. Também oferece aos especializando subsídios para trabalhar com a saúde da criança de forma ampliada e inovadora com o fim de contextualizar a prática da equipe de saúde bucal no contexto multiprofissional e interdisciplinar, pressuposto fundamental à organização do processo de trabalho, na lógica da Estratégia Saúde da Família.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina