

Especialização Multiprofissional em
Saúde da Família



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica

Atenção Integral à Saúde da Criança
Odontologia
2ª edição



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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

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

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES 1ª EDIÇÃO

Ana Izabel Jatobá de Souza

Marcela Ceci Döhms

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Daniela Lorenzoni

Deniz Faccin

Carla Miranda

2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Ana Izabel Jatobá de Souza

Marcela Ceci Döhms

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Daniela Lorenzoni

Deniz Faccin

Carla Miranda

Carmem Regina Delzivo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde da Criança

Odontologia

2ª edição

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 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

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção integral à saúde da criança: odontologia [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Ana Izabel Jatobá de Souza; Marcela Ceci Döhms; Daniela Lemos Carcereri. 2. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

119 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: A Atenção Integral a Saúde da Criança. – Criança o Meio Ambiente e a Família. – Ações Coletivas Voltadas à Promoção da Saúde da Criança e a Prevenção de Doenças Bucais na Infância. – Ações Individuais no Cuidado aos Principais Agravos à Saúde Bucal da Criança. – Referência a Atenção Secundária e Terciária e Contrarreferência à Atenção a Saúde da Criança. – Experiências Exitosas do Trabalho Interdisciplinar na Atenção Básica – Saúde da Criança.

ISBN: 978-85-61682-89-7

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Odontologia preventiva. 4. Prevenção de doenças. 5. Saúde bucal. I. UFSC. II. Souza, Ana Izabel Jatobá de. III. Döhms, Marcela Ceci. IV. Carcereri, Daniela Lemos. V. Título. VI. Série.

CDU: 616-053.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Marlete Vieira

Revisão Textual: Ariele Louise Barichello Cunha e Flávia Goulart

Design Gráfico: Maraysa Alves

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Maraysa Alves

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	13
REFERÊNCIAS	17
UNIDADE 2 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA.....	19
2.1 A Comunicação com a criança e a família	19
2.2 A criança e a escola	20
2.2.1 A importância de um bom começo: promoção da saúde em creches	20
2.2.2 A Escola Promotora de Saúde: maximizando o desempenho educacional.....	22
2.2.2 Processo de aprendizagem.....	23
2.3 A família e os limites para a criança	24
2.4 Orientações importantes de prevenção para a família	25
2.4.1 Fumo	26
2.4.2 Atividade física	26
2.4.3 Televisão	27
2.4.4 Proteção contra Raios Ultravioletas (UV).....	28
2.4.5 Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS).....	28
2.4.6 Posição para dormir e Síndrome da Morte Súbita (SMS)	29
2.4.7 A chupeta	29
2.4.8 Leitura para pré-escolares.....	29
2.4.9 Prevenção de acidentes	29
2.4.10 Prevenindo a violência.....	30
REFERÊNCIAS	33
UNIDADE 3 AÇÕES COLETIVAS VOLTADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E À PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS NA INFÂNCIA	35
3.1 Atividades em escolas e creches	35
3.1.1 Princípios e estratégias metodológicas para as atividades de Educação em Saúde	39
3.1.2 Educação em Saúde e interdisciplinaridade.....	42
3.2 Considerações gerais sobre o trabalho em escolas e creches.....	44
3.3 Métodos de prevenção da cárie dental aplicados em âmbito coletivo	48
3.3.1 Fluoretação das águas de abastecimento público	49
3.3.2 Flúor Gel Acidulado 1,23%	50
3.3.3 Verniz Fluoretado.....	51
3.3.4 Solução para bochecho (NaF 0,05% e 0,2%)	51
3.3.5 Dentifrícios e escovação.....	52
3.4 Ações de Educação em Saúde Bucal na Unidade de Saúde	54
3.5 O trabalho coletivo em outros espaços da comunidade	57
3.5.1 Formação técnica dos ACS para atuar nas ações de Saúde Bucal	58
3.5.2 Participação nas visitas domiciliares.....	59

3.5.3 Educação permanente, monitoramento e avaliação	60
3.5.4 Potencialidades do trabalho com os ACS	61
REFERÊNCIAS	64

UNIDADE 4 AÇÕES INDIVIDUAIS NO CUIDADO AOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA..... 67

4.1 Características do crescimento e do desenvolvimento infantil	68
4.2 A consulta odontológica da criança	72
4.2.1 Anamnese	74
4.2.2 Exame clínico geral e intrabucal	75
4.2.3 Exames complementares	76
4.2.4 Tratamento	77
4.2.5 Tratamento de urgência.....	78
4.3 Orientações Multiprofissionais de Saúde Bucal.....	79
4.4 Conduitas diante dos principais agravos à Saúde Bucal Infantil	84

REFERÊNCIAS 91

UNIDADE 5 REFERÊNCIA À ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA E CONTRARREFERÊNCIA À ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA 93

5.1 Os principais fatores relacionados à necessidade de encaminhamento nos três níveis de Atenção no âmbito do SUS.....	93
5.2 As ações de referência e contrarreferência e o acompanhamento da criança nos diferentes níveis de Atenção.....	96

REFERÊNCIAS 100

UNIDADE 6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA — SAÚDE DA CRIANÇA 103

6.1 Grupo domiciliar de aleitamento materno para as famílias da comunidade da Vila Vintém	103
6.2 Criança feliz, feliz a brincar	105
6.3 Equipe de Saúde Bucal aposta na parceria com escola para promover a ortodontia preventiva e interceptativa	106

REFERÊNCIAS 109

SÍNTESE DO MÓDULO..... 110

AUTORES..... 111

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Estamos iniciando mais um módulo de estudos neste curso e apesar de não considerarmos nenhum conteúdo mais importante que outro, a saúde da criança merece um olhar todo especial da equipe de saúde. Este olhar precisa ser ampliado, englobando questões relativas às condições de vida das crianças e de suas famílias na perspectiva da integralidade do cuidado.

É neste contexto que o presente módulo pretende abordar os conhecimentos pertinentes à Atenção Integral à Saúde da Criança.

O conteúdo foi estruturado didaticamente para que você possa acompanhar a criança nas diferentes fases de seu crescimento e desenvolvimento, procurando com isso, prepará-lo para as ações clínicas diante dos agravos mais comuns na infância, assim como para as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Nesta abordagem, alguns assuntos foram selecionados e são trazidos aqui como prioritários para este acompanhamento integral à saúde da criança, tais como: humanização da assistência; trabalho interdisciplinar em equipe; a criança, o meio ambiente e a família, discutindo a interação da criança com o meio em que vive e os aspectos relacionados à prevenção de acidentes e de violências; ações coletivas voltadas à promoção da saúde da criança e à prevenção de doenças bucais na infância; ações individuais no cuidado aos principais agravos à saúde bucal da criança; referência à atenção secundária e terciária e contrarreferência à atenção à saúde da criança; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na atenção básica – Saúde da Criança.

A última unidade de estudo apresenta exemplos práticos e relatos de experiências na atenção básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e desta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), buscando reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar.

Ao longo do texto das unidades de estudo, procuramos discutir as diferentes políticas públicas de saúde vigentes em nosso país, a fim de contextualizá-lo acerca dos debates atuais sobre a Atenção Integral à Saúde da Criança na atenção básica. Esperamos que, ao final deste módulo, você seja capaz de visualizar na sua prática cotidiana na atenção básica como este conteúdo pode auxiliá-lo para atuar na atenção integral à saúde das crianças do seu território!

Seja bem-vindo(a)!

Ementa

Abordagem integral à saúde da criança; humanização da assistência; trabalho interdisciplinar em equipe; a criança, o meio ambiente e a família; ações coletivas voltadas à promoção da saúde da criança e à prevenção de doenças bucais na infância; ações individuais no cuidado aos principais agravos à saúde bucal da criança; referência à atenção secundária e terciária e contrarreferência à atenção à saúde da criança; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na atenção básica – Saúde da Criança.

Objetivo geral

Compreender a atenção à saúde da criança de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à atenção integral à criança, seu crescimento, desenvolvimento e as ações da clínica e do cuidado em saúde bucal na infância.

Objetivos específicos

- Contextualizar as políticas públicas de saúde relativas à Atenção Integral à Saúde da Criança no cenário brasileiro, reconhecendo a condição de vulnerabilidade infantil.
- Compreender as questões que circundam a criança e os distintos ambientes em que ela vive, identificando a influência exercida pelo meio ambiente e pela família no processo saúde/doença da criança para planejar ações que promovam qualidade de vida e segurança para a criança e sua família.
- Identificar possibilidades de realização de trabalho coletivo e interdisciplinar em saúde bucal com crianças e desenvolver ações coletivas voltadas à promoção da saúde da criança e à prevenção de doenças bucais na infância.
- Reconhecer as ações individuais no cuidado aos principais agravos à saúde bucal da criança.
- Compreender a rede de atenção básica e os encaminhamentos de referência à atenção secundária e terciária e contrarreferência na Atenção Integral à Saúde da Criança.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na atenção básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Introdução à atenção integral à saúde da criança

Unidade 2: A criança, o meio ambiente e a família

Unidade 3: Ações coletivas voltadas à promoção da saúde da criança e à prevenção de doenças bucais na infância

Unidade 4: Ações individuais no cuidado aos principais agravos à saúde bucal da criança

Unidade 5: Referência à atenção secundária e terciária e contrarreferência à atenção à saúde da criança

Unidade 6: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – Saúde da criança

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo a este módulo!

O cotidiano de trabalho em uma unidade de saúde, apesar de não exigir tecnologias duras avançadas, possui altíssima complexidade. Só quem já trabalhou na atenção básica sabe dos problemas diários vivenciados pelos profissionais que atuam na atenção básica, como a dificuldade do processo de trabalho integrado e em equipe, a realização de ações planejadas coletivamente e sua consequente avaliação, a árdua tarefa que envolve o encaminhamento dos usuários a outros níveis de atenção, assim como outros tantos obstáculos inerentes ao dia a dia nos serviços de saúde.

Mas por que insistimos apesar de tantos problemas?

Porque fazemos parte de um movimento de mudança e de construção de cidadania, e construir saúde com a comunidade tem sido nossa bandeira de luta.

Nesse contexto de transformações, a saúde integral da criança exige um engajamento redobrado, pois precisamos estar atentos a todas as condições envolvidas no processo saúde-doença, tais como: o meio ambiente, a educação, a relação com os pais, a alimentação, os laços afetivos, etc., pois sem um ambiente favorável, o desenvolvimento da criança pode ser prejudicado e, com isso, ter as demais fases de sua vida afetadas.

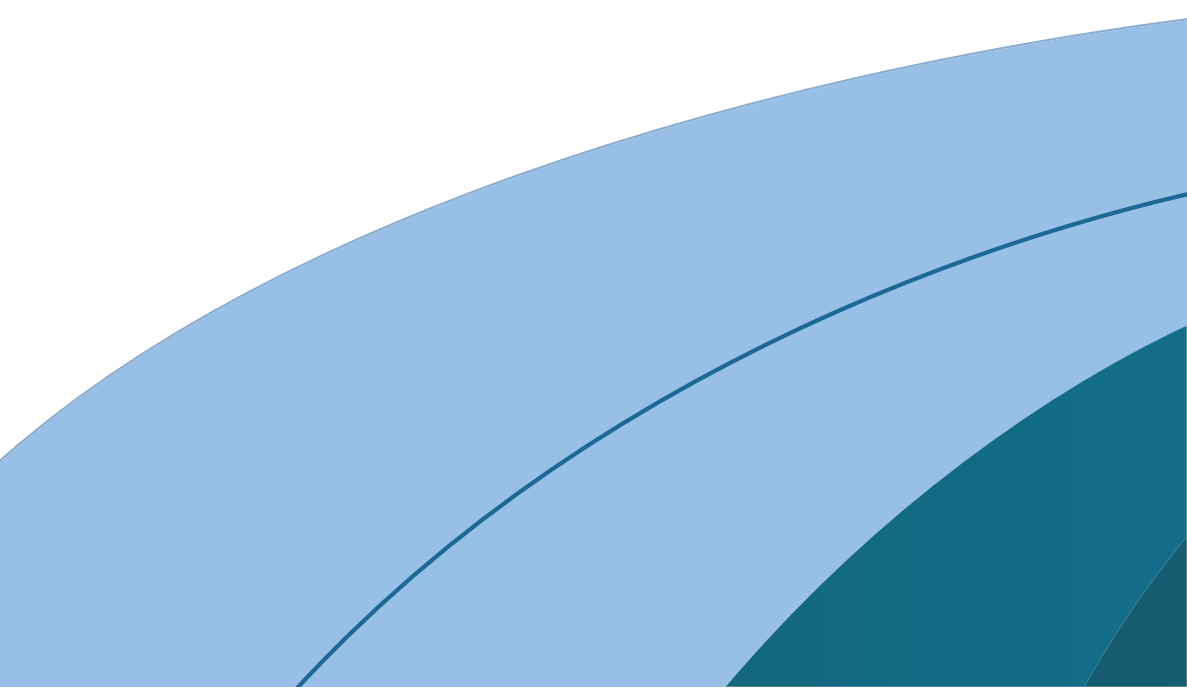
É com esse espírito de luta que convidamos você a iniciar mais um módulo de estudo desta especialização!

Bons Estudos!

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

Atenção Integral à Saúde da Criança
Odontologia

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

No Brasil, os direitos das crianças já estão consolidados juridicamente por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) desde 1990, com a publicação da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990). Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu como atribuição específica do ECA promover o direito à vida e à saúde mediante à atenção integral à saúde da criança e do adolescente. Estes direitos incluem o acesso aos bens e serviços nos diferentes níveis de atenção, com ações que envolvem promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de doenças e agravos de forma humanizada (BRASIL 2010a).

Desta forma, a atenção integral à saúde da criança exige dos profissionais um envolvimento redobrado, tendo em vista que estes precisam estar atentos a todas as condições relacionadas ao processo saúde-doença. Por isto, é preciso ampliar o olhar para além de questões clínicas, direcionando a visão aos diferentes contextos sociais, culturais e econômicos em que vivem as famílias; ao ambiente; à educação; à relação da criança com os pais e seus laços afetivos; à alimentação; e a outros fatores que possam vir a interferir na promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança, na perspectiva da qualidade de vida e de bem estar das famílias.

A infância é um período em que a maior parte das potencialidades humanas se desenvolvem (BRASIL, 2009). Assim, os problemas enfrentados pela criança desde a tenra idade poderão trazer graves consequências na fase adulta. As crianças e adolescentes devem ser entendidos como sujeitos de direitos, com especificidades que merecem tratamento prioritário pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010a).

Nesta perspectiva, colaboram para uma atenção humanizada e integral, as políticas públicas que priorizam a atenção à saúde da criança e que tem como propostas ações direcionadas à imunização, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e controle das doenças prevalentes da infância, como diarreias e infecções respiratórias agudas. Com isto, procura-se atuar de modo a reduzir a mortalidade infantil, além de implementar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade na infância entre menores de cinco anos, no Brasil, caiu 58% entre 1990 e 2008. Neste período, o índice reduziu de 53,7 óbitos a cada mil nascidos vivos para 22,8, entretanto, ainda permanece elevado, refletindo a necessidade de melhoria das condições de vida das crianças em nosso país (BRASIL, 2010b).

No ano de 2004, visando reduzir ainda mais esta taxa, foram estabelecidos dois compromissos prioritários dentre as ações programáticas direcionadas às crianças: a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, ambos idealizados a partir da constatação dos (ainda) altos índices de mortalidade infantil e de internação por pneumonias e diarreias. Tal agenda, fundamenta-se pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Direitos da Criança e do Adolescente e contempla como estratégias de ação: a vigilância à saúde pelas equipes de atenção básica, a vigilância à saúde materna e infantil, a educação continuada das equipes de atenção à criança e a organização de linhas de cuidado (BRASIL, 2004). Com isso, reforça-se a importância das ações intersetoriais, educativas e de atenção primária.

Seguindo esta lógica, o Ministério da Saúde recomenda que a atenção integral à saúde da criança deve iniciar o mais precocemente possível, contemplando atividades programadas individuais e coletivas, ações educativas e de promoção à saúde, assim como o acesso ao diagnóstico, à cura e à reabilitação daquelas crianças com problemas de saúde já instalados. O atendimento à criança doente, em qualquer circunstância, deve ser priorizado no serviço de saúde e precisa fazer parte do planejamento da equipe em todos os níveis de atenção, inclusive da atenção básica.

Se por um lado, tais ações contribuem para a diminuição da taxa de mortalidade infantil, por outro, compreende-se que esta redução está diretamente relacionada à melhoria das condições de vida das crianças e de suas famílias. Por ser considerado um problema multifacetado, a mortalidade infantil não pode ser enfrentada com ações isoladas, pois estas não respondem unicamente à toda problemática envolvida na questão. São necessárias distintas frentes de atuação, pois somente o conjunto de ações sociais, econômicas e de ampliação do acesso aos serviços de saúde resultam em melhoria dos indicadores de saúde na população infantil.

Neste sentido, o governo federal lança mão de estratégias de redistribuição de renda, como o Bolsa Família e o Programa Brasil Carinhoso. O último, mais especificamente, tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil uma vez que pretende retirar da miséria extrema crianças de até 6 anos, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a R\$ 70. O programa possui três eixos de ação: o reforço da renda familiar, por meio do Bolsa Família, o acesso a creches e a ampliação da cobertura de saúde. O Brasil Carinhoso destina-se às famílias extremamente pobres com crianças nessa faixa etária. Os focos de atuação são o Norte e Nordeste do país, pois são nestas regiões que a maioria das crianças em tais condições vivem. Além do ingresso em creches, as crianças terão maior acesso aos bens e serviços de saúde, com ações destinadas ao controle de anemia e de carências vitamínicas e distribuição de medicações gratuitas contra asma (BRASIL, 2012a).

Outra ação, que soma esforços nesta direção, é a nova iniciativa do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade infantil: a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Estima-se que ações de promoção do aleitamento materno e de alimentação complementar sejam capazes de reduzir, respectivamente, em até 13% e 6%, a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (BRASIL, 2012b).

Visando alcançar e até mesmo superar a meta proposta, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação equilibrada para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O foco da estratégia situa-se na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica. Com isso, pretende-se fortalecer as ações de promoção da alimentação equilibrada das crianças nessa faixa etária, aumentando a prevalência do aleitamento materno e contribuindo com a melhoria dos indicadores de alimentação e nutrição em crianças nessa idade.

Inserida na Rede Cegonha (ver detalhes desta política no Módulo Saúde da Mulher), a nova estratégia é resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). A ação engloba a realização de oficinas de formação de tutores e de capacitação aos profissionais dos estados e municípios que serão multiplicadores da estratégia. A Rede Amamenta Brasil, lançada em 2008, e a ENPACS, lançada em 2009, tinham como princípio a Educação Permanente em Saúde e se apoiavam na metodologia crítico-reflexiva para promover o aprendizado por meio de atividades participativas e lúdicas, incentivando a troca de experiência e a construção do conhecimento a partir da realidade local (BRASIL, 2012b).

A proposta de integração surgiu do interesse dos próprios profissionais da atenção básica em trabalhar, ao mesmo tempo, aleitamento materno e a alimentação complementar, já que as duas estratégias previam as mesmas ações e atingiam o mesmo público alvo: profissionais da atenção básica, mães, crianças e suas famílias (BRASIL, 2012b).

Desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade das condições de vida das crianças e suas famílias é uma ação interdisciplinar, intersetorial e de corresponsabilidade que exige um olhar diferenciado do profissional de saúde sobre as dificuldades e as potencialidades do seu território, indo além do olhar meramente técnico.

Este módulo procura discutir algumas destas questões com o intuito de ampliar sua abordagem na atuação junto às crianças e suas famílias enfatizando que o principal propósito destas ações deve ser oportunizar que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial com qualidade de vida, respeito e bem estar.



Leitura Complementar

Acesse o manual do Ministério da Saúde sobre direitos dos adolescentes em:
BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal:** Saúde, um Direito de Adolescentes.
Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde: Brasília – DF, 2005.
Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta unidade introdutória procurou contextualizar as políticas públicas de saúde relativas à Atenção Integral à Saúde da Criança no cenário brasileiro, reconhecendo a condição de vulnerabilidade infantil, trazendo para a discussão aspectos relacionados ao cuidado da criança na atenção básica no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 28 maio 2012.

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: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 29 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 – 2020: documento Preliminar para Consulta Pública**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/conanda/Politica%20e%20Plano%20Decenal%20consulta%20publica%2013%20de%20outubro.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Taxa de mortalidade na infância cai 58% no Brasil**. 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspdetalhenoticia&id_area=124&co_noticia=11998>. Acesso em: 31 maio 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica a Saúde. **Lançada nova estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1528>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. **Ações do Brasil Carinhoso começam a valer a partir desta terça-feira (15)**. 2012b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/05/15/acoes-do-brasil-carinhoso-comecam-a-valer-ja-nesta-terca-feira-15>>. Acesso em: 22 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Odontologia

Unidade 2



2 A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA

Desde o momento de sua concepção e mesmo durante o período intrauterino, a criança já pode ser considerada parte integrante da sociedade na qual foi gerada, sofrendo, portanto, as consequências das condições sociais, históricas e familiares que a cercam. Diante desta realidade, alguns questionamentos vêm à tona, como por exemplo:

Você já parou para pensar como os meios familiar e social das crianças que cuidamos diariamente são constituídos? O que existe ao redor dessas crianças? Como são suas relações afetivas? Em que medida esses espaços influenciam no processo saúde-doença?

Alguma vez você já parou para refletir como nós, profissionais de saúde, podemos contribuir para a qualidade de vida da criança e de seus familiares desde as primeiras etapas da infância?

Será que sua abordagem na atenção à criança pode ser ainda melhor?

Neste sentido, propomos aqui discutir questões que circundam a criança e os distintos ambientes em que ela vive. Pretendemos identificar a influência exercida pelo meio ambiente e pela família no processo saúde/doença da criança e, conseqüentemente, planejar ações que promovam qualidade de vida, na perspectiva do processo de gestão compartilhada do cuidado em que, tanto familiares como profissionais, sejam corresponsáveis pela saúde da família.

2.1 A comunicação com a criança e a família

O profissional da Atenção Básica, por (idealmente) acompanhar toda a família na ESF, com o apoio do NASF, tem a possibilidade de estabelecer um vínculo especial com todos. Esta condição oportuniza conhecer melhor a dinâmica familiar, facilitando deste modo, o processo de acompanhamento da criança. Muitas vezes, são estes profissionais que realizam o pré-natal da mãe, atendem ao pai e aos avós da criança.

É preciso lembrar que muitos problemas se resolvem de forma espontânea e, nestes casos, o mais importante é dar apoio e segurança à família.

Para melhor obter informações, o médico, o enfermeiro, o dentista, assim como os profissionais do NASF, pode lançar mão de perguntas facilitadoras, específicas e abertas. Desta forma, sentimentos negativos ou problemas familiares previamente não percebidos podem vir à tona, facilitando o planejamento de ações eficazes direcionadas ao cuidado da criança.

Esta estratégia está bem desenvolvida no projeto *Bright Futures*, que mostra dezenas de sugestões daquilo que os autores chamam de perguntas-gatilho, destinadas as mais distintas 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 ter sutileza ao adentrar 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 são condutas indicadas. 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. É fundamental discutir e esclarecer dúvidas, tendo em vista que evitar a ansiedade na família pode prevenir somatizações e problemas emocionais.

Busque uma [aliança terapêutica](#)¹ com a família. A comunicação com a família envolve uma certa carga emocional, às vezes, difícil para o profissional de saúde, e isso é normal. Mas é importante procurar 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, apoio matricial e supervisões.

1 A aliança terapêutica é um conceito construído ao longo dos encontros e da interação entre o profissional de saúde e os usuários. Dela depende o sucesso do próprio processo terapêutico.

2.2 A criança e a escola

2.2.1 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.

A exemplo das escolas, também as creches se mostram como ambientes coletivos favoráveis ao desenvolvimento de ações promotoras de saúde.

Dentre as ações promotoras, destacam-se as políticas relativas à alimentação infantil. O consumo da sacarose na infância, por exemplo, está condicionado a múltiplos fatores e, portanto, requer uma abordagem abrangente nos diferentes cenários em que a criança vive. Veja o quadro a seguir, nele estão detalhados o Tipo de estratégia e as Abordagens possíveis:

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.

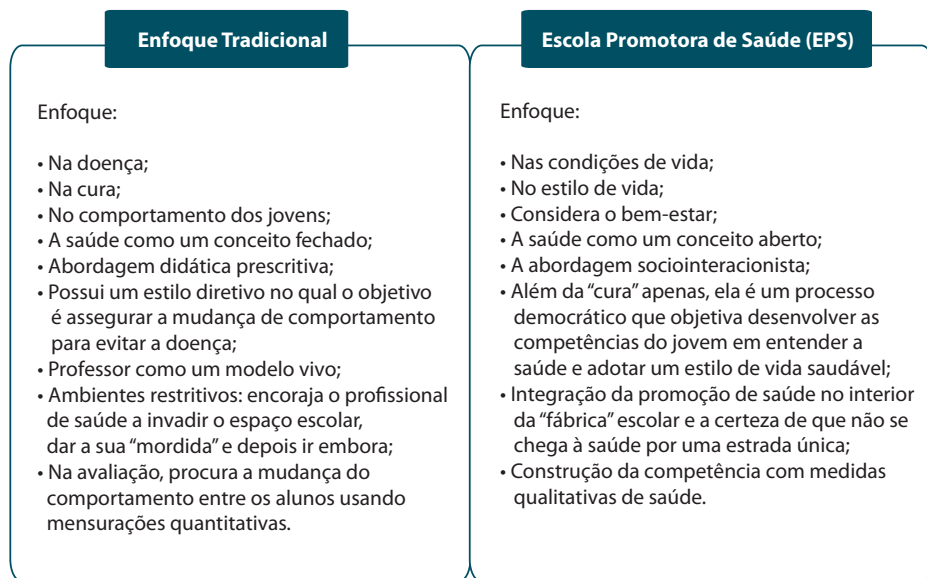
Quadro 1 – Estratégias de abordagem de dieta nos cenários de vivência das crianças
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.

2.2.2 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.

A Escola Promotora de Saúde (EPS), de acordo com a OMS (OPS/OMS, 1998), “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 abaixo:



Quadro 2 – Diferença entre o enfoque tradicional de saúde na escola e escola promotora de saúde
Fonte: Florianópolis, 2007.

É importante que o profissional da Atenção Básica saiba que existem programas sobre Saúde do Escolar no seu município. Informe-se. Converse com o assistente social do NASF.

2.2.3 Processo de aprendizagem

Os problemas escolares enfrentados pela criança constituem-se em um verdadeiro desafio e por isso devem ser alvo das ações de cuidado promovidas pelo profissionais da atenção básica em conjunto com a escola e com a família. A **abordagem interdisciplinar**² desenvolvida por meio do trabalho em equipe é a forma mais adequada de avaliar e gerir as complexas **dificuldades de aprendizagem**³ que muitas vezes são a causa do mau desempenho escolar e dos possíveis problemas de saúde da criança. O papel principal do profissional de saúde é identificar e excluir as possíveis causas clínicas envolvidas neste processo.

As crianças que estejam vivenciando tais problemas na escola podem ser ajudadas a alcançar seu potencial pleno por meio da obtenção da história clínica, social e familiar e da realização de uma avaliação clínica. É pertinente que os profissionais envolvidos estejam familiarizados com o sistema educacional e escolar da comunidade e também conheçam os direitos da criança à educação de qualidade. Nestes casos, o assistente social do NASF pode contribuir procurando discutir com a equipe as leis educacionais voltadas à construção de ambientes menos restritivos, estabelecendo ou apoiando a comunicação com os funcionários da escola, quando necessário.

Exames complementares só se justificam se o exame físico ou a história sugerirem 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 durante a avaliação do desempenho escolar. Existem, no entanto, casos em que estas questões são supervalorizadas de tal modo que podem estigmatizar a criança e resultar em tratamentos medicamentosos desnecessários.

2 A interdisciplinaridade não dilui as disciplinas, ao contrário, mantém sua individualidade, porém, integra-as a partir da compreensão das múltiplas causas ou fatores que intervêm sobre a realidade e trabalha todas as linguagens necessárias para a constituição de conhecimentos, comunicação e negociação de significados e registro sistemático dos resultados (BRASIL, 1999, p. 89).

3 As 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, da leitura, da escrita e dificuldades de raciocínio ou habilidades matemáticas (SCHIRMER; 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 avaliado pelos profissionais de saúde e educação, em conjunto com a família, poderá obter êxito nos resultados escolares.



Leitura Complementar

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?>>.

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/pdf/rbee/v13n2/a02v13n2.pdf>>.

2.3 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. Estabelecer os limites necessários, no momento certo, é fundamental para promover o bem estar da criança e a qualidade de vida no decorrer do desenvolvimento infantil.

Debater este tema precocemente com a família (antes dos 9 meses e, se possível, antes do nascimento) é uma ação que os profissionais da Equipe de Saúde da Família e do NASF devem assumir nos diferentes encontros com as famílias de sua comunidade.

Confira algumas orientações que devem ser discutidas com os 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) escutar cuidadosamente a criança e ajudá-la a usar palavras que expressem seus sentimentos;
- e) ser flexível, 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;
- f) envolver as crianças nas tomadas de decisão;
- g) prover a criança de oportunidades de escolha, sempre que opções apropriadas existirem, e ensiná-la a avaliar as possíveis consequências de tais escolhas;
- h) reforçar os pontos positivos com elogios;
- i) prezar e reforçar o respeito, a comunicação respeitável e as estratégias de resolução colaborativa de problemas;
- j) regras são essenciais e admite-se o relaxamento em ocasiões especiais (doenças, férias, acontecimentos excepcionais);
- k) ser sempre coerente (agir sempre da mesma maneira) é primordial;
- l) não fazer uso de gritos ou punição física.

2.4 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. Estas primeiras relações são determinantes para a vida adulta.

Assim, a atenção integral à saúde infantil implica possibilitar que a própria criança organize suas experiências de ser criança. É necessário que suas necessidades humanas essenciais sejam atendidas e que ela seja percebida em sua condição biológica e cultural, com identidade e subjetividade próprias e singulares.

Nesta perspectiva, cabe à família orientar, preservar e proteger as crianças das possíveis agressões do meio ambiente e da sociedade. Cabe, portanto, ao profissional da atenção básica discutir ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças e agravos com os familiares, possibilitando desta maneira que a criança se torne um adulto com qualidade de vida e bem estar.

Trataremos a seguir de alguns temas diretamente ligados às questões mencionadas. Veja com atenção.



Leitura Complementar

BELO HORIZONTE. Secretaria de Estado de Saúde de Minas gerais. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>>.

2.4.1 Fumo

- a) avalie a exposição da criança ao fumo;
- b) se houver alguém fumando próximo à criança, refira-se à criança como fumante passivo;
- c) encoraje o fumante a parar de fumar; ressalte que o fumo passivo é uma das principais causas de hospitalização de 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); destaque, 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, além de ser importante para a saúde de quem fuma, de deixar o cigarro;
- d) os familiares que estiverem dispostos a parar de fumar devem ser apoiados e encorajados a planejar estratégias para a cessação do hábito do tabaco. Se possível, devem ser encaminhados para um grupo antitabagista de referência e devem receber material didático informativo.



Leitura Complementar

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>>.

2.4.2 Atividade física

- a) avalie, com a família, o nível dos exercícios e o tempo gasto com atividades físicas;
- b) avalie o tempo sedentário (televisão, telefone, jogos eletrônicos e computador);
- c) enfatize para a família os benefícios da atividade física regular;
- d) discuta o fato de que os hábitos para uma vida saudável iniciam-se na infância;

- e) encoraje a diminuição do tempo de sedentarismo (não mais que 2h) e o aumento do tempo de brincadeiras;
- f) individualize os benefícios da atividade física, inclusive a sensação de bem-estar;
- g) incentive, precocemente, a adoção de um estilo de vida ativo, a ser iniciado, idealmente, aos dois anos e mantido pelo resto da vida;
- h) incentive atividades físicas moderadas, regulares, de 30 a 60 minutos por dia, na maior parte dos dias – 150 a 300 minutos por semana. Atividade física moderada é aquela que precisa de algum esforço físico e que faz respirar um pouco mais forte do que o normal; mesmo pequenos aumentos na atividade física são benéficos;
- i) encoraje 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) encoraje atividades que promovam adesão por longos períodos. Estas atividades devem procurar ser prazerosas, convenientes e acessíveis financeiramente;
- k) incentive os que já praticam atividade física regular a se manterem na mesma situação;
- l) instrua os pais a planejar atividade física (jogos, brincadeiras e esportes) em vez de refeições como parte da recompensa ao bom desempenho da criança;
- m) instrua os pais sobre a importância de serem modelos de um estilo de vida ativo e de oportunizarem aos filhos o aumento contínuo da atividade física.

2.4.3 Televisão

Estimule 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. É recomendado que os programas sejam informativos, educacionais e não violentos;
- d) assistir programas de televisão e filmes com as crianças e discutir seu conteúdo;
- e) encorajar entretenimentos alternativos para as crianças como ler, fazer atividades físicas, ter hobbies e praticar brincadeiras criativas.

2.4.4 Proteção contra Raios Ultravioletas (UV)

O profissional de saúde deve discutir com a família acerca da importância da proteção diária contra raios ultravioletas. É indicado que esta questão seja abordada 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.

2.4.5 Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS)

Discuta com os pais ou cuidadores 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.

2.4.6 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) desaconselhe que pais e crianças durmam na mesma cama.

2.4.7 A chupeta

Se possível, deve ser evitada, mas se houver uso, oriente que:

- a) a chupeta não deve ser molhada em soluções adocicadas⁴;
- 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.

⁴ Lembre-se que o mel é contra indicado a crianças menores de um ano devido ao risco aumentado de botulismo.

2.4.8 Leitura para pré-escolares

- a) promova e estimule que pais leiam precocemente (seis meses a cinco anos) para as crianças.



Link

Para maiores informações sobre método de promoção de leitura precoce, acessar o site do: *Reach Out And Read National Center*.

Disponível em: <<http://www.reachoutandread.org>>.

2.4.9 Prevenção de acidentes

À medida que a criança cresce, sua curiosidade pelo ambiente aumenta progressivamente. Os movimentos em busca de novas descobertas podem aumentar o risco de acidentes.

Medidas de cuidado e supervisão contínua podem impedir acidentes graves, fatais ou que deixam sequelas que podem comprometer as outras fases do ciclo de vida da criança. Observe os seguintes cuidados descritos abaixo:

- a) colocar proteção nas laterais do berço do bebê e telas nas janelas quando a criança já se locomove sozinha;
- b) não deixar a criança sozinha em cima de móveis, nem sob os cuidados de outra criança;
- c) cuidar com líquidos quentes e panelas no fogão;
- d) cuidar para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros;
- e) utilizar brinquedos grandes e inquebráveis;
- f) nunca deixar a criança sozinha na banheira;
- g) não deixar medicamentos e produtos de limpeza ao alcance das crianças;
- h) manter as crianças afastadas de sacos plásticos, piscinas, baldes com água;
- i) colocar protetores nas tomadas elétricas;
- j) evitar fios elétricos soltos e ao alcance da criança;
- k) transportar as crianças no veículo de acordo com as normas de trânsito.

O profissional de saúde pode discutir com os pais ou responsáveis acerca da adoção de medidas que contribuem na prevenção de acidentes. Com isso, é possível reduzir consideravelmente a exposição das crianças a possíveis situações perigosas, causadoras de **injúrias físicas**⁵.

5 As injúrias físicas 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. Existem evidências suficientes para recomendar orientação sobre este tema em todas as consultas de rotina.

2.4.10 Prevenindo a violência

Toda criança tem o direito de crescer e se desenvolver com qualidade.

A criança amada e desejada cresce mais tranquila e tende a se relacionar de forma mais harmoniosa com seus pais/cuidadores e com outras crianças. A exposição de crianças a situações de violência pode comprometer seu desenvolvimento físico, emocional e mental.

Quando os maus-tratos ocorrem na infância, os prejuízos são maiores que em qualquer outra faixa etária. Como o aprendizado se dá pela imitação do

comportamento dos adultos, crianças que assistem ou são vítimas de contínuas cenas de violência em casa podem achar que essa é uma forma natural de lidar com os conflitos e, assim, passar a adotar esse modelo de comportamento.

Os seguintes sinais: manchas roxas, queimadura de cigarros, mãos queimadas em luvas, secreção/sangue na genitália e ânus, medo do contato físico, choro sem causa aparente, tristeza, isolamento, agressividade, a criança faltar à escola e negligência na saúde e higiene podem significar que a criança está sendo vítima de violência.

Ficar atento para esses sinais ou sintomas é um papel contínuo dos pais/cuidadores e profissionais de saúde. Quando você se deparar com um caso suspeito de violência ou abuso infantil, lembre-se de que os profissionais do NASF, como o Assistente Social ou o Pediatra podem apoiá-lo e auxiliá-lo a conduzir esta situação de maneira mais adequada, sem expor a família e ou a criança, garantindo-lhes atendimento e proteção.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.**

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_familias_violencias.pdf>.

Para refletir

Durante um atendimento odontológico, o auxiliar de consultório dentário e o dentista percebem que a criança encontra-se extremamente resistente ao contato físico e verbal dos profissionais. Ao falar com a avó, responsável pela criança no momento do atendimento, a mesma informa que os pais estão separados, a mãe trabalha em um escritório em turno integral e o pai da criança é ausente. A criança fica sob os cuidados de uma babá enquanto sua avó e sua mãe trabalham.

Na tentativa de realizar os procedimentos necessários, o dentista identifica a presença de manchas roxas na região cervical da criança. Neste momento, suspeita de maus tratos e violência doméstica.

A fim de preservar a criança e a família e proporcionar uma atenção integral à menina, a equipe de saúde bucal discute o caso com o assistente social do NASF

e solicita avaliação conjunta com o médico e o ACS da respectiva microárea. Juntos, os profissionais discutem como proceder frente aquela situação familiar.

E na sua equipe? Você já se deparou com algum caso de violência doméstica?

Quais foram, ou seriam, as suas condutas? O caso foi discutido em equipe? E os profissionais do NASF, como contribuíram ou poderiam contribuir?

SÍNTESE DA UNIDADE

Iniciamos abordando a comunicação com a criança e a família. Em seguida, enfocamos a criança e a escola, analisando os tipos de escolas que promovem a saúde e as diferenças para um enfoque tradicional. Analisamos, também, as questões familiares envolvidas no desenvolvimento saudável da criança, como estabelecer limites e dar bons exemplos. Por fim, vimos questões que podem ser orientadas e estimuladas pelo profissional da saúde, bem como orientações diretas à família em relação ao fumo, às atividades físicas, à televisão, à proteção contra raios UV, infecção de vias aéreas superiores, prevenção de acidentes e outros temas básicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_saude_menina_passaporte_cidadania.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Ensino Médio**. Brasília, 1999.

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.

MOYSES, 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.

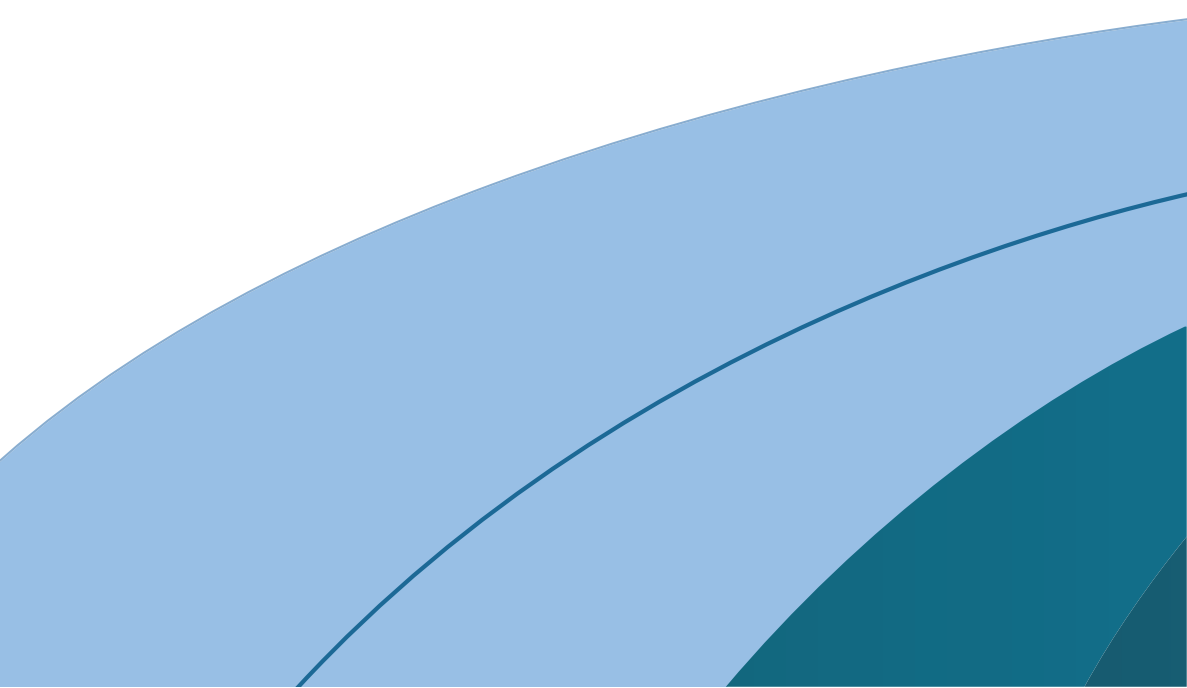
OPS/OMS. Escuelas Promotoras para la Salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. **Comunicación para la Salud**, n. 13. Washington: OPS/OMS, 1998.

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.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa11.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Departamento de Nutrologia, 3. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Odontologia

Unidade 3



3 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 pela equipe de saúde bucal no serviço público.

Hoje, no entanto, esse trabalho está inserido em outro contexto e, por este motivo, possui outros pressupostos. Mas em que mudaram as atividades na escola? Qual é a relação entre o trabalho em escolas e a equipe de atenção básica? 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!

3.1 Atividades em escolas e creches

O novo cenário de conceitos e práticas na saúde pública pressupõe que o campo da odontologia passe a desempenhar outro papel em relação à saúde, deixando de ser um espaço de intervenções focalizadas no mundo da boca para abrir-se ao desenvolvimento de ações integradas à saúde da criança em geral. A escola, portanto, pode deixar de ser um local voltado para um trabalho centrado em atividades curativas odontológicas 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 que visem a qualidade e o bem estar. 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 esta razão, foi estabelecido que a saúde é um tema transversal, ou seja, deve permear todas as áreas que compõem o currículo escolar (BRASIL, 1997).



Leitura Complementar

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>>.

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 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 nesta perspectiva de integração intersetorial que os Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria, criaram o Programa Saúde na Escola (PSE). Este programa apresenta como um dos seus objetivos a articulação das ações das Equipes de Saúde da Atenção Básica às das escolas da rede pública de ensino.



Leitura Complementar

Para conhecer o Programa Saúde na Escola, acesse:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa saúde na escola**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd24.pdf>.

Mas, mesmo com esses avanços conceituais nas áreas da saúde e da educação, a relação entre a odontologia, os cursos de formação de cirurgiões dentistas e as escolas 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, em que os alunos e professores desempenham papel de meros receptores de informações. Isto 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 neste 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 equipe de saúde. 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 da qualidade de limpeza dos dentes.

Mas não basta apenas querer promover a escovação diária nas escolas e creches. É importante ter 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 fácil de ser desenvolvida.

Tenha em mente que o trabalho educativo em escolas pode e deve contar com a participação dos demais membros da equipe de saúde. Este é um valioso momento de contribuição de outros olhares para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde. Conte com seus colegas da ESF e do NASF para juntos planejarem as ações coletivas no âmbito da escola!



Leitura Complementar

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. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf>.

Retornando ao modelo tradicional das ações pontuais de saúde bucal nas escolas, podemos citar como 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 o despreparo dos profissionais envolvidos.

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

Então, como podemos mudar este panorama? A atuação em equipe interdisciplinar e intersetorial no contexto da atenção básica representa para a odontologia a possibilidade de ressignificar as ações de saúde bucal nas escolas, creches e comunidade.



Leitura Complementar

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>>.

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>>.

A superação desse modelo descontextualizado da realidade escolar, que possui impacto limitado, exige que os profissionais da equipe de saúde bucal, além de conhecer os recursos metodológicos que podem ser empregados nas ações

com os escolares, fiquem atentos a alguns princípios que a norteiam. A seguir disponibilizam-se princípios e estratégias para atividades educativas.

3.1.1 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 em relação a importância dos cuidados com sua saúde bucal?

Este tipo de questionamentos devem 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 estas 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 precisa se repetir na atuação dos cirurgiões dentistas 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 a ela, e, se não conseguir, pedirá ajuda aos colegas. Feito isto, o moderador 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 moderador da estratégia deverá levar figuras, como por exemplo a figura abaixo, 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. Esses desenhos são algumas ideias que podem ser utilizadas no desenvolvimento da atividade. Existem muitos outros exemplos que podem ser encontrados na internet em tamanho adequado para impressão.

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, tais como: 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 Ciência.

Como você pode observar, 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 moderador 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**⁶ desses trabalhos, é importante destacar que ela pode trazer contribuições ao planejamento das ações.

6 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 a criança a identificar os primeiros molares permanentes, reforçando a importância da higienização.

3.1.2 Educação em Saúde e interdisciplinaridade

O trabalho de educação em saúde é responsabilidade única dos profissionais de saúde? Ele pode ser compartilhado?

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. Outros profissionais de saúde também podem auxiliá-lo neste processo, como o Assistente Social do NASF, por exemplo. Lembre que as atividades na escola são oportunidades ricas para desenvolver o trabalho em equipe interdisciplinar. Chame seus colegas para juntos planejarem as ações na escola.

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 isto 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 outras, 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**⁷ do seu município e o **Projeto Político-Pedagógico**⁸ 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.

7 Documento que orienta o processo educativo.

8 Conjunto de princípios que norteia o planejamento em cada unidade escolar.

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 configuram-se como outra oportunidade de contato com a família, nas quais pode haver inserção dos profissionais de saúde, dependendo da disponibilidade da escola.

O trabalho interdisciplinar é um dos mais importantes pressupostos da atuação na atenção básica para a reorganização do processo de trabalho em saúde, visando uma abordagem integral e resolutiva.

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, os demais profissionais da equipe 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. Lembre-se de buscar o apoio dos profissionais da equipe do NASF de seu município.

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.

3.2 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 atenção básica, 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.

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 a interação com a criança, mesmo quando esta precisa de intervenções clínicas mais invasivas. Durante a consulta individual da criança, por exemplo, o dentista pode lembrar 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**.



Leitura Complementar

Acesse o manual do Ministério da Saúde sobre direitos dos adolescentes em:
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 é 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 entidades da comunidade ou com a secretaria municipal de saúde 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 discussão sobre assunto 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 respectiva colaboração. 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, 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 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) Formação 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 formação pode ocorrer de diferentes maneiras, na própria rotina das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, ou nas reuniões realizadas na escola ou na unidade de saúde. Também pode acontecer em encontros formais, que podem ser incluídos nos horários de formação de rotina dos professores, isso, porém, depende da possibilidade de parceria com as Secretarias de Educação e de Saúde.
- b) Formação 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 preparados para 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 por meio 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 equipe de saúde. 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 clínica, você não precisa esperar o contexto ideal em termos de formação 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. Esta 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.

3.3 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, flúor gel acidulado 1,23%, verniz fluoretado e, finalizando, a solução para bochecho.

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) que aborda tanto os métodos de âmbito populacional quanto para uso individual.

A partir do diagnóstico da realidade local/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.

3.3.1 Fluoretação das águas de abastecimento público

A Política Nacional de Saúde Bucal tem como eixo norteador a promoção da saúde, entre suas várias estratégias está 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**⁹. 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

9 Há mais de cinco décadas o flúor vem sendo utilizado no controle da cárie dentária, resultando em uma significativa melhoria na saúde bucal da população. Estudos associam a fluoretação da água a uma redução de até 60% nos índices de cárie.

a Federação Dentária Internacional, a Associação Internacional para Pesquisas Odontológicas e a Organização Mundial da Saúde.

A Lei Federal n. 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 n. 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**¹⁰. A expansão da fluoretação das águas de abastecimento público é apontada por alguns autores como uma importante estratégia na redução das iniquidades em saúde.

10 Controle 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.

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, seu efeito ocorre através da ação nos mecanismos de desmineralização e remineralização dentária, além de sua ação antimicrobiana, e 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 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.

3.3.2 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 a criança 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.

O período de tempo para a aplicação do gel como estratégia populacional deve se situar entre seis ou quatro meses, e a aplicação deve levar 4 minutos, embora este tempo de aplicação de quatro minutos associado às

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

recomendações passadas a pessoa que recebeu o benefício - de não beber água ou comer por até 30 minutos - não tenham evidência científica comprovada 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](#)¹¹. Em crianças de 5 a 12 anos, deverá ser sempre realizada sob a supervisão do Cirurgião Dentista (CD), do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou do Técnico em Saúde Bucal (TSB). A aplicação deve ser feita preferencialmente em pequenos grupos, para que seja possível o adequado controle do uso do produto. A ingestão acidental do gel durante a sua aplicação poderá produzir um quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal, no entanto não há risco de ocasionar fluorose dentária, pois apesar da alta concentração, a frequência de aplicação é baixa.

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

3.3.3 Verniz Fluoretado

Estudos controlados indicam 46% de redução na incidência da doença cárie com o uso de verniz fluoretado, 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%.

No âmbito de programas de saúde pública/coletiva, recomendam-se de duas a quatro aplicações anuais.

Devido à sua adesividade à estrutura dentária, o risco de deglutição é reduzido, 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 tríplice e o sugador facilitam a secagem e o isolamento dos dentes. Já nas ações extraclínica há a necessidade da limpeza prévia dos dentes através da escovação, secagem com gaze e o uso de isolamento relativo.

3.3.4 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 sem interrupções prolongadas. 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.

A indicação deste método de aplicação, segundo o Guia de Recomendações para Uso de Fluoretos, é recomendada para populações nas quais se constata uma ou mais das seguintes situações: a) exposição à água de abastecimento sem flúor; b) exposição à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F); c) CPOD médio maior que 3 aos 12 anos de idade; d) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade; e e) populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados (BRASIL, 2009).

A Equipe de Saúde Bucal, quando indicado, deve responsabilizar-se pela implantação dos bochechos semanais nas escolas. Para isto, deverá preparar os profissionais que atuam nas escolas para desenvolverem o programa.

Outro ponto a ser discutido e implementado é o fornecimento contínuo do material necessário. Caberá então à equipe de saúde bucal acompanhar o programa de bochecho de solução fluoretada na escola.

3.3.5 Dentifrícios e escovação

A escovação dental tem o objetivo de promover 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.

Para oferecer mais segurança ao procedimento é preciso que crianças, pais, cuidadores, assim como profissionais de saúde tenham conhecimento sobre o mecanismo de ação do flúor, cuidados com o seu uso, e sobre as formas de promoção de 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 isto, em casa, os pais podem exercer este papel, e em outros espaços, os cuidadores. No ambiente escolar, por exemplo, os profissionais da ESB ou professores devidamente preparados para esta atividade são as pessoas indicadas para realizar a supervisão da escovação.

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 a fim de 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 isto?

Pesquisas têm demonstrado que nesta faixa etária as crianças ainda não têm controle total da deglutição e 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 até 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 demonstraram 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.

3.4 Ações de Educação em Saúde Bucal na Unidade de Saúde

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

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 coletivas, 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 atenção básica. O trabalho em equipe está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), com as características do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família 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).



Leitura Complementar

Para ampliar seus conhecimentos, consulte o Caderno de Atenção básica n. 17: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17, Brasília, 2008.
Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>.

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 de saúde da família ou do NASF, 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 ainda, 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 são ótimas estratégias de educação em saúde. Embora não se constitua um grupo propriamente dito, 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 são as 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 nesta unidade, como as ações educativas em escolas, os grupos de educação em saúde e os eventos abertos ao público.

É importante lembrar que a Equipe de Saúde Bucal deve garantir em seu planejamento, por meio de ações individuais ou coletivas, que a criança tenha acesso em todas as fases do seu desenvolvimento 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 no prontuário da família. Em grande parte das unidades de saúde, os prontuários clínicos, com os registros de enfermagem, da medicina e dos profissionais do NASF, são separados do prontuário odontológico. Isso dificulta o acesso às ações de saúde bucal por outros profissionais além da equipe de saúde bucal. Quando ações programáticas são dirigidas à criança, inverte-se a lógica de procura à unidade de saúde, 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. 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 da criança, 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.

3.5 O trabalho coletivo em outros espaços da comunidade

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

Os ACS atuam reconhecidamente como um elo entre as equipes de saúde e a população. A Portaria n. 2.488/GM (BRASIL, 2011) estabelece, dentre as funções dos ACS, desenvolver atividades educativas visando à promoção de saúde e à prevenção de doenças. De acordo com o Caderno de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, os ACS têm papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a ESB orientar o seu trabalho (BRASIL, 2008). Assim as atividades educativas em saúde bucal devem ser incluídas na rotina do trabalho dos ACS, bem como da Equipe de Saúde.

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 dos ACS pode ocorrer através da visita domiciliar ou da participação nas demais atividades coletivas. Para fins didáticos, vamos organizar o trabalho com os ACS 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 de saúde divulgadas em congressos e periódicos.

3.5.1 Formação técnica dos ACS para atuar nas ações de Saúde Bucal

A formação técnica tem como objetivo aprimorar o conhecimento técnico dos ACS sobre saúde bucal e educação em saúde, para que eles possam realizar as visitas domiciliares conforme será descrito adiante. Essa formação deve ocorrer no formato de encontros, respeitando-se um limite de agentes. A dinâmica dos encontros deve promover a participação dos ACS por meio 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 ACS 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 moderador 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 dos ACS, o grupo inicia o debate sobre o tema em questão, com o auxílio do moderador.

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.

3.5.2 Participação nas visitas domiciliares

A partir de relatos de experiências municipais, podemos citar dois tipos de visitas realizadas pelos ACS na abordagem da saúde bucal: a visita programática e a visita de acompanhamento.

A visita programática na área de saúde bucal 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 os 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, os ACS também podem 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 ACS ou pelos demais profissionais. Tem como objetivo, por exemplo:

- a) reforçar alguma orientação que os ACS percebam 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 a equipe de saúde bucal crie rotinas que facilitem essa interação com os 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 os ACS.

3.5.3 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 a ele, considerando ainda que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. O processo de educação permanente em saúde tem 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](#)¹².

A equipe de saúde bucal também deve estar constantemente atenta às demandas em termos de educação permanente, conforme as necessidades identificadas pelos ACS durante suas visitas.

12 A avaliação tem como objetivo o aperfeiçoamento das ações dos 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?).

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:

you can demonstrate to ACS that if a determined microarea has 60 families with children, to reach a coverage of 100% in the period of one year, it will be necessary to carry out 5 programmatic visits per month.

One of the main difficulties inherent to working with ACS is the own context of work of this professional. Over ACS traditionally incurs large part of the complaints of the population, demands in relation to productivity, in addition to successive formative processes and the accumulation of responsibilities. The insertion of new activities in the routine of ACS must be a careful process. It is important that the Oral Health Team proposes to develop a work effectively integrated, avoiding simply delegating tasks to ACS.

3.5.4 potentialities of work with ACS

The partnership with ACS represents an important advance for the actions of oral health, considering that its relationship of proximity with the families opens the way for the actions of education in health. Through directed actions primarily to parents and caregivers, the work of ACS helps to fill an important gap of activities carried out in schools: the difficulty of involving the family in the care of the child's oral health. It also allows advances in the sense of breaking with the traditional profile of action of dentistry, centered in the clinic, since it gives emphasis to education in health and promotes the expansion of actions to the space of the home. Or in other words, the work of the oral health team with ACS promotes the strengthening of the bond with the population and favors the longitudinality of care, allowing a better accompaniment of the families of the area of jurisdiction.



Leitura Complementar

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.

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

MOYSÉS, S. T.; KUSMA, S. Promoção de saúde e intersectorialidade na abordagem familiar. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>>.

Para refletir

Uma criança de 4 anos é trazida pela mãe para vacinação e a enfermeira identifica visualmente que ela apresenta dentes com lesões da doença cárie. A enfermeira então conversa com a mãe, procurando discutir questões de saúde bucal, como orientações para uma adequada higiene bucal, sobre a necessidade de agendar uma consulta com o dentista, além de convidar a mãe para um grupo educativo com o nutricionista do NASF. Neste caso, uma vez identificada a necessidade de saúde, a enfermeira adotou uma postura ativa de intervir a partir da identificação de necessidades, na perspectiva do acolhimento e do cuidado integral à saúde, que deve acontecer nos diferentes espaços de atuação da equipe de saúde.

E na sua equipe? Como ocorre este processo?

Os profissionais de saúde adotam posturas semelhantes a esta?

Como os profissionais do NASF participam da atenção integral à saúde da criança?

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta unidade apontou diferentes possibilidades para o trabalho do dentista na atenção básica, especialmente 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 podem lhe proporcionar maior grau de 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 da equipe de saúde bucal 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 da equipe de saúde bucal na construção coletiva e interdisciplinar para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 76.872, de 22 de fevereiro de 1975. Regulamenta a Lei n. 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22. fev. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D76872.htm>. Acesso em: 24 maio 2012.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012.

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.

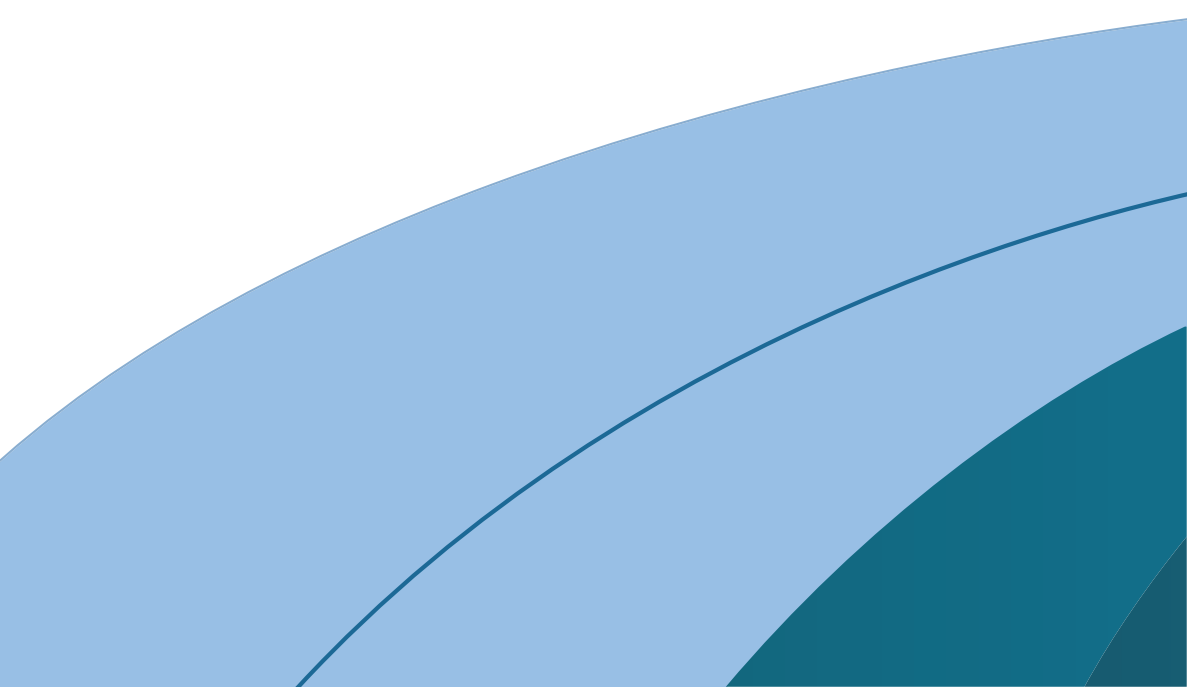
BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17, Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/livro_guia_fluoretos.pdf>. Acesso em: 30 mai 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial de União**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Odontologia

Conduas Diante dos Principais
Agravos à Saúde Bucal Infantil



4 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 Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011), entre eles o trabalho próximo à comunidade, a longitudinalidade e a gestão compartilhada do cuidado. O texto procura integrar os diferentes profissionais da atenção básica 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!



Link

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>.

Vamos lá! Você verá que vale a pena!

4.1 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). A discussão de casos em equipe favorece esta conduta.

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 ou 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 percentis 85 e 95 devem ser considerados sobrepeso, e acima do percentil 95 devem ser considerados como obesidade.



Leitura Complementar

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>.

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 ou discussão do caso com o médico ou com o enfermeiro (interconsulta) que, havendo necessidade, irá agendar avaliações médicas ou de enfermagem mais frequentes para observar o desenvolvimento da criança.

Lembre-se que você poderá solicitar apoio do nutricionista caso este faça parte da equipe do NASF em seu município.

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 ereta no primeiro ano, aprende a falar e a expressar-se no segundo ano. E, no terceiro ano, aprimora o processo de pensamento.

Todos os profissionais da área de saúde ou educação que entrarem precocemente em contato com crianças devem estar atentos a qualquer alteração na evolução do seu desenvolvimento. Observe, a seguir, o quadro 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 3 – Sinais de alerta de problemas 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 ela 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 amamentar é uma forma de transmitir amor, carinho e aconchego, que cria um vínculo afetivo e de segurança entre mãe e filho.



Leitura Complementar

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://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoatena-aobasica_23.pdf>.

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. Converse com o pediatra do NASF, se este profissional estiver presente na equipe NASF de referência.

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 4.

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 4 – Cronologia de erupção dos dentes decíduos
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 má oclusão 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, entre eles alimentação, grupo étnico, clima e sexo. Veja no quadro a seguir.

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

Quadro 5 – Cronologia de erupção dos dentes permanentes em anos
Fonte: Guedes-Pinto; Issáo, 2006.

Portanto, como você pode observar, o dentista e toda a equipe de saúde bucal devem estar atentos a todos esses aspectos para que possam dar andamento a uma boa atenção à saúde infantil.

4.2 A consulta odontológica da criança

Desde o nascimento tudo é novidade no desenrolar da vida da criança. 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 da criança 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 família 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, fundamental para que a equipe de saúde possa trabalhar na lógica da longitudinalidade do cuidado, acompanhando a criança integralmente desde o nascimento.

Segundo Toledo (2005), o primeiro atendimento da criança poderá ocorrer a partir dos seguintes casos: crianças 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 sobre 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, se familiarize e estabeleça o vínculo necessário 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.

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.

Um tempo menor de duração do atendimento é favorável, pois períodos prolongados poderão influenciar o comportamento da criança, que ficará estressada e deixará 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 a realizar na abordagem odontológica à criança citados até aqui, iniciaremos o passo a passo do atendimento odontológico. Acompanhe!

4.2.1 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-criança-acompanhante, que possibilita a melhor identificação da criança e do motivo da procura por atendimento odontológico.

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 de saúde/doença 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 a família 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 aqueles 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. Questione:

- O pré-natal foi feito na unidade de saúde?
- Foram feitas as consultas de puericultura?
- Estão em acompanhamento com outros profissionais da equipe? Medicina/enfermagem?
- Participam dos grupos de educação em saúde disponíveis na unidade de saúde?
- 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.

4.2.2 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 da criança até os específicos detalhes das estruturas bucais. Você deve iniciar, portanto, pela inspeção geral da criança, observando a estatura, o porte, a linguagem e a temperatura.

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

Em algumas ocasiões, a criança pode estar com temperatura corporal alterada e aparentemente cansada, por exemplo. Nestes casos, é recomendável avaliar a temperatura e questionar os pais sobre o estado de saúde atual da criança. Não sendo detectadas causas odontológicas, a criança deverá ser avaliada em conjunto com o médico da equipe.

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 a criança aos cuidados médicos necessários.

Com relação à cavidade bucal, deve-se examinar os lábios, as mucosas labial e jugal, a gengiva, o vestibulo 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. Chame o fonoaudiólogo do NASF para realizar uma avaliação abrangente dos aspectos relacionados ao aparelho fonador.

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.

4.2.3 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 na própria unidade de saúde, caso tenha este serviço, 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, elaboram-se o planejamento e as estratégias para a abordagem integral 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 nas fichas “A”, no campo aspectos importantes para o acompanhamento das famílias, e nas fichas “D”, das ações realizadas em Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

4.2.4 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 e os atendimentos coletivos com profissionais de outras áreas, como Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social ou outro profissional, quando houver alteração sistêmica 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, fluorterapia, aplicação de selantes, utilização de agentes químicos, por exemplo, clorexidina, 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 integral à saúde bucal também devem ser incentivados a relembrar o que foi discutido nos encontros.

A adequação do meio bucal compreende manobras realizadas para preparar a cavidade bucal para receber o tratamento reabilitador, como 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 questões relacionadas ao 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 crianças com necessidades 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 destinado às lesões ou às doenças? Reflita sobre estas questões.

4.2.5 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 pela criança, 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 rapidamente possível. Porém, nesses casos, por haver frequentemente necessidade de intervenção, é necessário preparar adequadamente a criança para a situação. Por este motivo, o manejo psicológico é um fator de muita importância neste tipo de tratamento.

4.3 Orientações Multiprofissionais de Saúde Bucal

As orientações que você verá a seguir devem ser compartilhadas com os demais profissionais da equipe de atenção básica. 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 área de abrangência, 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, ela poderá ser atendida de maneira

mais confortável sem as limitações que a condição de gestante impõe. 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, faz-se 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 a equipe de saúde bucal.

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 mulher 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. Lembre-se que as infecções estão diretamente relacionadas ao trabalho de parto prematuro. A doença periodontal pode ser responsável pela elevação dos níveis plasmáticos de prostaglandina, que é um mediador da inflamação, o qual também participa da indução do parto.

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 do aleitamento materno. Caso a criança necessite ser alimentada artificialmente, deve-se orientar para o uso de colher e copinho. Se os pais continuarem usando a mamadeira, orientar para que não a utilizem quando o bebê estiver no berço. Alertar também para 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 em 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. 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**¹³ ou líquidos adoçados também devem ser desestimuladas e apontadas como nocivas ao desenvolvimento da criança.

13 Lembre-se que o mel é contraindicado para crianças menores de um ano de idade pelo risco de desenvolver botulismo.



Leitura Complementar

Entenda os riscos relacionados à oferta de mel a crianças menores de um ano acessando o site **RGNutri: Identidade em Nutrição**.

Disponível em: <<http://www.rgnutri.com.br/sqv/criancas/mbi.php>>.

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 irrupção. Nesta fase é comum a criança sentir desconforto causado pela irrupção 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, no máximo duas vezes ao dia e usando-se uma quantidade muito pequena de creme dental. A criança pode utilizar a mesma pasta utilizada pela família, mas é importante ter 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.

Para realizar a escovação dos dentes da criança, o cuidador deve posicionar-se atrás da mesma apoiando sua cabeça contra o seu corpo. 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.

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 por meio do [heterocontrole](#)¹⁴. Veja em sua cidade como isso está sendo realizado. Além disso, os pais devem ser aconselhados a manter as preparações fluoretadas fora do alcance das crianças.

14 Algum outro tipo de controle, além daquele regularmente realizado pela empresa responsável pelo abastecimento de água na sua cidade.

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 neste momento, até porque costuma ser difícil realizar esse procedimento em função da 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 ou usem sapatos com sola de borracha ou meias antiderrapantes para não escorregarem e caírem. Durante os passeios de carro, as crianças devem ser devidamente acomodadas em cadeiras especiais.

Mas e se o trauma não pôde ser evitado? Nestas situações, os responsáveis devem providenciar o mais rápido possível o encaminhamento da criança a um dentista da unidade de saúde, 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 conforme prescrição.

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 unidade de saúde, 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 sua realização, com ou sem uso de creme dental fluoretado.

A higiene bucal deve ser supervisionada pelo cuidador até os 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 na respiração da criança (principalmente a respiração bucal), deve-se encaminhar a criança ao médico da unidade de saúde para avaliação. Converse também com o pediatra do NASF, caso ele faça parte de sua equipe.

Nas crianças, as urgências odontológicas mais frequentes são as odontalgias causadas por trauma ou por processos infecciosos. Deve-se encaminhar imediatamente a criança ao dentista da unidade de saúde, 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 da unidade de saúde da família ou o pediatra do NASF devem realizar avaliação.

4.4 Condutas diante dos principais agravos à Saúde Bucal Infantil

Esta 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 que trata da cárie dentária, seguido dos quadros que contemplam outros agravos.

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

Quadro 6 – 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/anti-térmico, orientação de higienização rigorosa e frequente com gaze e solução fisiológica, hidratação, alimentação hiperprotéica e hiperclórica, vaselina pomada para umidificar os lábios e anti-inflamatórios tópicos para conforto do paciente.</p> <p>Periodontite juvenil: antibioticoterapia e curetagem.</p>

Quadro 7 – 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 8 – Traumatismo Dentário: 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 intercepcional (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 9 – Má Oclusão: 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 10 – Fluorose: 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 11 – Anomalias de tecidos duros e moles: fatores de risco, diagnóstico e tratamento
 Fonte: Adaptado de Correa, 2001; Neville, 1999.



Leitura Complementar

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, cap. 3. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>.

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.

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

Para refletir

Maria Luiza tem 15 meses de vida e vive com sua família em uma casa de alvenaria com 3 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha, área de serviço e quintal, todos os cômodos são bem estruturados e têm adequadas condições de saneamento, com acesso à água e esgoto tratados. No domicílio vivem 4 pessoas e uma mascote, a cadelinha chamada Vicky, que dorme no quarto das crianças. Maria Luiza, Vitória, sua irmã mais velha com 4 anos de idade, e os pais das duas meninas moram na casa. Os pais trabalham em turno integral e possuem alta escolaridade. Ambos os pais fumam, mas, embora sejam tabagistas, realizam atividade física regular. As meninas frequentam uma escola infantil da rede privada.

Maria Luiza foi levada à unidade de saúde para realizar o reforço da tríplice bacteriana (DTP). Após aplicar a vacina, a auxiliar de enfermagem pesa a menina e conversa com a mãe sobre a alimentação da criança. Ao anotar o valor de peso e estatura na Caderneta da Criança, a auxiliar percebe que a criança não se encontra com baixo peso, porém a curva de peso manteve-se praticamente inalterada desde a última avaliação com o pediatra da menina (a criança possui plano de saúde e é atendida em um consultório médico privado, porém nunca foi ao dentista). A profissional decide chamar a enfermeira para discutir o caso.

Ambas profissionais percebem que a menina apresenta palidez cutânea (palma das mãos, leito ungueal e mucosas). Além do exame físico, a enfermeira e o médico solicitam o exame de nível sérico de hemoglobina.

A mãe de Maria Luiza informa à equipe que a menina não aceita qualquer alimento e com frequência rejeita a alimentação mais consistente oferecida, preferindo sucos e frutas. Além disso, informa que a criança tem história de bronqueolites de repetição e atualmente tem diagnóstico de asma brônquica, fazendo uso de medicações antiasmáticas com regularidade.

Diante da situação, a equipe discute o caso com a família e orienta os pais acerca do grupo antitabagista que acontece na unidade. Além disso, solicitam apoio do nutricionista do NASF para conversar com os cuidadores sobre uma alimentação equilibrada na infância. O médico conversa com os pais da menina sobre a necessidade de cessar o fumo e, se não for possível parar de fumar, evitar de fazê-lo próximo às crianças. Os profissionais alertam ainda acerca dos riscos do tabagismo passivo. O veterinário do NASF discute com a família sobre a convivência com animais de estimação. Acionam ainda, a equipe de saúde bucal para uma avaliação odontológica.

É na sua equipe? Existem situações semelhantes? Como a equipe se articula para a atenção das crianças nestas situações?

Como os profissionais do NASF podem apoiar a equipe de saúde da família em situações como esta?

Veja que todas as crianças devem ser avaliadas e atendidas integralmente, independentemente de sua situação socioeconômica.

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 da equipe de saúde bucal 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 da equipe de saúde bucal frente aos principais agravos que acometem as crianças, subsidiando assim o processo de trabalho interdisciplinar e em equipe.

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. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 Mai. 2012.

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

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

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

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

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

Atenção Integral à Saúde da Criança
Odontologia

Unidade 5



5 REFERÊNCIA À ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA E CONTRARREFERÊNCIA À ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Você já parou para pensar sobre o fluxo de encaminhamento das crianças para a atenção secundária ou terciária? E sobre o retorno delas? Já pensou sobre as dificuldades encontradas para que esse processo 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 integral à saúde bucal da criança na atenção básica 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, 2006). 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 atenção básica. 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!

5.1 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, tais como a odontopediatria, a periodontia, a cirurgia buco-maxilo-facial, a estomatologia, a ortodontia ou crianças com necessidades 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 ou discutir o caso com os demais profissionais da equipe de saúde e realizar matriciamento com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, **assistentes sociais**¹⁵, etc.

15 O serviço social, por exemplo, atua de forma dinâmica com a criança e a família, oferecendo o suporte técnico necessário para uma vida comunitária com qualidade. Assume, desta forma, os desafios de empreender uma prática social educativa e uma política de enfrentamento às questões sociais.

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

- a) encaminhamento da criança ao otorrinolaringologista ou solicitação de avaliação por parte do fonoaudiólogo ou pediatra do NASF 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 ou avaliação e tratamento de problemas respiratórios;
- b) crianças com necessidades especiais, cuja história médica e considerações complexas necessitem de uma atenção especializada; ou crianças com problemas comportamentais, após tentativas frustradas de atendimento na unidade de saúde, devem ser encaminhadas ao especialista;
- c) crianças com necessidades especiais que necessitem de tratamento 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 das crianças 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 que não permitiram o atendimento clínico convencional na unidade de saúde 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 unidade de saúde 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

Este 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 de má-oclusão. Vale dizer que, se houver necessidade, você também pode referenciar a criança ao otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo e pediatra para intervenção e tratamento de problemas do trato respiratório.

Ao detectar fatores que impliquem necessidade de encaminhamento ao serviço especializado de tratamento de crianças na unidade de saúde, 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.



Leitura Complementar

Você pode complementar seus conhecimentos por meio 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 contrarreferência aos CEO, assim como os fluxogramas de diagnóstico e encaminhamentos.

Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>.

5.2 As ações de referência e contrarreferência e o acompanhamento da criança nos diferentes níveis de Atenção

Um dos principais desafios na organização da atenção à saúde bucal na atenção básica é reordenar a atenção de média e alta complexidade (BRASIL, 2006). 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. Isto implica a incorporação e o desenvolvimento de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contrarreferência, proporcionando o atendimento integral da criança.



Link

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>.

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, 2011). 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 equipe de saúde de origem para a conclusão do tratamento inicial e para manutenção, juntamente com o formulário de contrarreferência devidamente preenchido, onde conste a identificação do profissional, o diagnóstico e a conduta adotada. 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 ordenação das práticas de assistência, disponibiliza um mecanismo de

16 Verifique se o sistema já está disponível em sua cidade!

referenciamento *on-line*, ou seja, um sistema de marcação de exames e consultas às especialidades por meio do SISREG (Sistema de Regulação do SUS)¹⁶, que pode ser adotado pelos serviços públicos de saúde de todo o país. Este mecanismo ainda não está disponível para todos os municípios do 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 por meio de visitas domiciliares e na própria unidade de saúde, num contexto mais ampliado e integral de assistência à saúde, seja por ações de assistência curativa/terapêutica ou por 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 interdisciplinar, de modo que as ações estejam em sintonia por meio do trabalho em equipe, com troca de experiências e saberes entre as disciplinas envolvidas, proporcionando 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 qualificar as 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 multiprofissional com trabalho 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, 2011). Por meio de uma efetiva comunicação entre os níveis de atenção básica, secundária e terciária será possível construir uma prática de atenção global.



Leitura Complementar

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 à 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.

Para refletir

Durante um atendimento de puericultura, o médico da equipe de saúde identifica uma alteração na ausculta cardíaca da criança. O médico discute o caso com o pediatra do NASF e ambos decidem encaminhá-la para avaliação cardiológica, fazem o encaminhamento para o nível secundário. O médico da equipe de saúde tem a preocupação de enviar para o cardiologista pediátrico por escrito o relato do caso e as hipóteses diagnósticas. No retorno à unidade de saúde, a família relata que o cardiologista pediátrico prescreveu uma determinada medicação e solicitou que o acompanhamento fosse realizado na unidade de saúde. Entretanto, estas orientações foram repassadas verbalmente à mãe da criança, sem qualquer registro por escrito para o médico da equipe de saúde que fez a primeira avaliação. Esta conduta, infelizmente rotineira na rede de serviços de saúde, dificultou o seguimento do acompanhamento da criança pela equipe da atenção básica.

E na sua realidade? Você observa situações como esta?

Como é o fluxo de referência e contrarreferência em sua unidade?

SÍNTESE DA UNIDADE

A organização da saúde bucal na atenção básica traz uma proposta de reorganização da atenção com ações voltadas para a linha do cuidado por meio 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 contrarreferência. 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. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Criança
Odontologia

Unidade 6



6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA CRIANÇA

6.1 Grupo domiciliar de aleitamento materno para as famílias da comunidade da Vila Vintém

Discutir com a população a importância e promover a amamentação entre as moradoras da Vila Vintém: um desafio ao qual se dedicam sete Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) desde a constatação do desmame precoce (BRASIL, 2008a).

O início do trabalho se deu em julho de 2005 a partir da observação pelas ACS, entre outros fatores, de que o número de adolescentes grávidas vinha aumentando na comunidade.

O grupo começou a promover reuniões para mulheres gestantes e no puerpério (com o objetivo de promover o aleitamento materno exclusivo) na própria Unidade Básica de Saúde Vila Vintém, em Realengo, Rio de Janeiro, com mais de 14.600 habitantes cadastrados pela estratégia Saúde da Família. Porém, após um ano de tentativas, o trabalho não surtiu o impacto esperado.

Segundo as ACS, as tentativas não obtiveram o sucesso esperado porque a maioria das mães da área eram adolescentes, com dificuldades relacionadas: à adaptação à nova condição; aos horários previstos para os encontros, à tensão das adolescentes, pois a maioria não está preparada para a maternidade, sendo que algumas até ficam revoltadas por estarem grávidas; à preocupação com a estética; ao fato de ser comum que essas jovens queiram ir ao baile funk e deixem seu bebê com alguém, introduzindo mamadeiras e chupetas, e com isso, favorecendo o desmame precoce.

Foi preciso repensar as estratégias e ações de incentivo ao aleitamento materno na comunidade. Então, a partir de 2007, o grupo se reestruturou e passou a realizar atividades domiciliares, nas casas das mulheres puérperas. Um dos principais objetivos desse trabalho com cada mãe é disseminar o conhecimento sobre este tema para cada uma das 4.323 famílias da comunidade e fomentar a participação destas no processo da amamentação:

Procuramos conscientizar todos os familiares de que esta não é uma atividade isolada da mulher e incentivamos os pais a participarem desse momento importante tanto na vida de suas companheiras como na vida de seus filhos”. “[...] às vezes não têm ninguém para ajudar a olhar os filhos, então, dessa forma (com o atendimento domiciliar), funciona melhor. Antes só falávamos com as mães e agora, com o trabalho domiciliar, conseguimos envolver todos os que estão presentes nas casas na hora das visitas, afirma uma ACS.

São realizadas, só para esse projeto, 48 visitas de ACS por mês. Esse trabalho vem se tornando mais efetivo e apresentando resultados a partir do momento em que a equipe conhece a maneira como cada núcleo familiar se estrutura e como este vive. As condições quase nunca são as ideais para propiciar uma amamentação tranquila. As casas são, em geral, pequenas e compartilhadas por um grande número de pessoas, com excesso de ruídos. Assim, foi imprescindível que o trabalho fosse voltado também às pessoas que convivem com as nutrizes, para que elas (pais, avós, demais familiares e até mesmo vizinhos) favoreçam condições mais amenas para os instantes da amamentação. As visitas domiciliares são sempre marcadas com antecedência, privilegiando horários com presenças de outros familiares, com efeito direto no aumento do número de pais mais envolvidos com a amamentação.

“Eles (os pais) estão participando mais e até mesmo ajudam a mulher a, por exemplo, pegar a criança de forma mais correta, alguns até mesmo já chegaram pra mim perguntando como é que se faz o armazenamento adequado do leite materno”, relata uma profissional da equipe.

A pega do bebê e o correto posicionamento da mãe estão entre as maiores dificuldades observadas pela equipe, aliadas ao ingurgitamento mamário. Esta observação foi feita pela equipe durante todo um período de visitas domiciliares, de outubro de 2007 a fevereiro de 2008. Outros efeitos buscados são a diminuição da morbimortalidade infantil e o aumento do aleitamento exclusivo até os seis meses de vida da criança. Conforme demonstra o consolidado dos indicadores da Saúde da Família na Vila Vintém, a média do primeiro semestre de 2008, de aleitamento exclusivo, entre as crianças de zero e três meses e 29 dias, é de 88,30%, chegando ao pico de 91,38% em março. Esse trabalho começa quando as mulheres estão no período de gestação, a porcentagem de crianças pesadas ao nascer é de 100%.

6.2 Criança feliz, feliz a brincar

O título escolhido para este trabalho pode ser uma das frases mais exaustivamente usadas quando se trata do assunto infância, mas por mais que já se tenha repetido, ela não perde sua força. Isso pelo simples motivo de que criança precisa brincar. E precisa fazê-lo não só para ser feliz, mas também para aprender. Para os profissionais da UBS Vila Espanhola, “é nos jogos ou brincando que a criança aprende a conviver e conhecer e a se conhecer, saber quais são seus direitos e quais os do próximo, quais são seus deveres” (BRASIL, 2008b).

Neste sentido, a UBS Vila Espanhola idealizou o projeto de criação de uma Brinquedoteca em sua unidade de saúde.

Procurando desenvolver hábitos de responsabilidade e trabalho, valorizar os brinquedos e as atividades lúdicas e criativas, criar um espaço de convivência que propicie interações espontâneas e desprovidas de preconceitos, foi aberta, há 10 anos, a Brinquedoteca da Vila Espanhola. Inicialmente em um barracão da prefeitura que não vinha sendo usado, atrás da própria unidade.

Tinha como objetivos estimular o desenvolvimento global das crianças, procurando minimizar carências afetivas e dar oportunidade para as crianças de serem crianças! A realidade vivenciada por algumas crianças, infelizmente, as priva desse direito muito cedo.

Quem está à frente do projeto, em seu dia a dia, são as Agentes Comunitárias de Saúde da unidade, que se revezam nos períodos matutinos e vespertinos nos quais são atendidas 40 crianças por vez, com idades entre cinco e 12 anos.

Apesar de não haver um projeto pedagógico, por não se tratar de uma escola ou creche, a gerente da UBS Vila Espanhola coloca que “em tudo que é feito aqui existe uma intenção, num desenho que é exibido, depois procuramos conversar com as crianças para saberem o que eles entenderam, que lição pode ser tirada do que viram, seja desenho, seja filme”.

São, então, propostas rodas de conversa sempre que surge um novo assunto, um novo questionamento por parte das crianças.

Além disso, há a preocupação das profissionais de estarem próximas às crianças, para que possam pontualmente “ensinar noções de higiene, comportamento e educação, estimulando a convivência com as outras crianças, a convivência em grupo, respeitar os limites dos outros e o próprio”. Uma ACS se comove ao falar sobre uma das meninas que atende na Brinquedoteca:

Eu me emociono muito com essa menina, a mãe dela nos procurou, estava difícil lidar com a criança, que na época tinha de quatro para cinco anos. Era muito desobediente, só ficava na rua, era respondona, falava muito palavrão e devagarzinho íamos fazendo as visitas na casa dela, no início ela não queria me ver, mas toda semana eu ia lá e com jeitinho e com muita paciência fui ganhando a sua confiança. Ela deixou de ser arredia e conseguimos trazê-la para cá e a partir do momento que passou a conviver com as outras crianças, principalmente as outras meninas, brincando, ela foi deixando de falar palavrão, deixando de ser agressiva. Ela hoje já tem seis anos e está um encanto só!

Outra ACS cita o caso de dois irmãos que frequentam a Brinquedoteca, enquanto um é expansivo, muito ativo, brinca (e briga!), o outro era extremamente calado, introspectivo e quase não se relacionava com as demais crianças. “Quando constatamos esse problema, passamos a intensificar nossas visitas domiciliares à casa deles e identificamos que essa família estava bem desestruturada, com os pais com sérios problemas e, por alguma razão, aparentemente só um dos irmãos estava desenvolvendo dificuldades de convívio. Levamos então a questão para o restante da equipe”. Esse é um dos benefícios em ter as ACS envolvidas nas atividades da Brinquedoteca, pois, além de lidarem com as crianças, elas têm a oportunidade de chegar às famílias. A partir do trabalho das ACS, toda a equipe se envolveu e, em conjunto, desenvolveu um projeto para interceder positivamente junto àquela família: a médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e as ACS. Todos se envolveram e um dos reflexos é que hoje essa criança, que ainda está na Brinquedoteca, já se relaciona um pouco mais com as outras. “E é muito gratificante ver um retorno do nosso trabalho”.

A Brinquedoteca tem ensinado o convívio saudável com regras estabelecidas e o cuidado das crianças com os brinquedos. Os profissionais da equipe de saúde relatam ter percebido uma mudança positiva no comportamento das crianças e da comunidade e em especial a diminuição da violência ao longo do desenvolvimento deste projeto.

6.3 Equipe de Saúde Bucal aposta na parceria com escola para promover a ortodontia preventiva e interceptativa

Em uma pequena cidade do Rio Grande do Sul, a cerca de 180 quilômetros de Porto Alegre, a população de 2.300 habitantes conta com 100% de cobertura da Saúde da Família. E essa cobertura tem se mostrado decisiva para a construção de uma saúde bucal nas crianças e jovens do município. Em 2003, o resultado de um levantamento epidemiológico realizado junto aos alunos do Ensino Fundamental da cidade revelou índices elevados de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). Enquanto no Brasil, esse índice, aos 12 anos de idade, é de 2,78, a cidade registrou 3,68 (BRASIL, 2008c).

O mesmo levantamento registrou o índice de CEO-D (dente decíduo cariado, com extração indicada e obturado) de 4,33 contra 2,80 da média nacional. Esses indicativos levaram a Equipe Saúde da Família (ESF) a elaborar uma estratégia específica para o combate a esses males, identificando que as ações a serem adotadas deveriam partir da educação e da prevenção nas escolas. Considerando que os dentes permanentes nascem normalmente dos seis aos 12 anos, em idade escolar, a escola é considerada como um espaço privilegiado para desenvolver ações de promoção da saúde assim como projetos preventivos.

A Escola Estadual de Ensino Médio Silvio Sanson, com mais de 330 alunos, tem uma realidade singular, pois mais de 30% desses alunos são migrantes provenientes de outras cidades. Para o diretor da escola, esse fator é decisivo na hora de elaborar o projeto pedagógico dos alunos. A introdução da agricultura familiar como disciplina da 5ª à 8ª séries, por exemplo, foi idealizada a partir da realidade local. A região conta com muitas famílias com pequenas propriedades em que as pessoas vivem praticamente da subsistência.

A partir da parceria entre a unidade de saúde e a escola, os profissionais de saúde puderam identificar e tratar muitos alunos com problemas de saúde. À medida que o trabalho foi avançando, a abordagem foi ampliando o leque de ações, pautando-se sempre pela busca de qualidade de vida. Deste modo, foram desenvolvidas práticas de prevenção e promoção, como o escovódromo na escola, o projeto Sorrindo para Passear e a prevenção e o tratamento da má-oclusão dentária.

Lidando com a má-oclusão dentária nas UBS

A má-oclusão dentária é a alteração do crescimento e desenvolvimento que afeta a oclusão dos dentes, problemas de posicionamento dos dentes na arcada e mau relacionamento dos ossos maxilares. Sendo o terceiro problema de saúde bucal no Brasil, a má-oclusão dentária gera efeitos estéticos como os dentes encavalados – como se diz popularmente – ou com diastemas (os dentes separados), ou ainda, dentes permanentes que nascem fora do lugar. Porém, mais que efeitos estéticos negativos, esses problemas podem trazer sérias consequências para a vida da criança: desde desgastes ósseos ao prejuízo à interação social e ao bem-estar.

Esse problema, assim como a cárie e a doença periodontal, não precisa ser tratado apenas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). É possível tratá-lo na própria Unidade de Saúde.

É o que a equipe de saúde bucal da Unidade São Valentim tem feito a partir do momento em que foi identificado um elevado número de crianças com esse problema e, aliado a ortodontia preventiva, a equipe tem atuado junto à escola também com ortodontia interceptativa.

A **ortodontia preventiva** visa evitar as más-oclusões por meio da discussão de valores, saberes e crenças da população, por isso, na cidade, o tema é trabalhado com o grupo de gestantes, nas reuniões de pais na escola, nas campanhas de vacinação infantil e, sobretudo, conta a auxiliar de consultório dentário, nos momentos de visitas domiciliares. O trabalho é de toda equipe¹⁷ e, especialmente, das Agentes Comunitárias de Saúde que discutem com adultos e crianças acerca da importância da escovação e dos cuidados em saúde bucal.

17 O gestor também participa ativamente do processo, apontando o diálogo em saúde e a educação como pilares da Atenção Básica, e reconhecendo que as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde devam receber investimentos altos.

Embora seja possível prevenir e amenizar alguns problemas de má-oclusão dentária, há aqueles casos em que é necessária uma intervenção mecânica. Aí entra a **ortodontia interceptativa** que procura atenuar o problema ainda precocemente, evitando ou facilitando um posterior tratamento, que no caso de aparelhos ortodônticos, em geral, são caros e o tratamento é mais demorado. Entre as intervenções possíveis de serem feitas pela Equipe de Saúde Bucal estão: a rampa acrílica autopolimerizável para descruzamento de dentes anteriores; a guia canina com resina fotopolimerizável; e ajuste oclusal para alguns casos de mordida cruzada lateral.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na atenção básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família - ESF e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade em que, cada vez mais, o saber popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora nas diferentes fases do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Grupo domiciliar de aleitamento materno para as famílias da comunidade da Vila Vintém. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 20, 10 fev. 2008a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Criança feliz, feliz a brincar. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 20, 10 fev. 2008b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Equipe de Saúde Bucal aposta na parceria com escola para promover a ortodontia preventiva e interceptativa. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 20, 10 fev. 2008c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia20.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.



Saiba Mais

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 DO MÓDULO

Neste módulo você teve a oportunidade de rever as políticas públicas relativas à Atenção Integral à Saúde da Criança. Estes conteúdos foram trazidos com a intenção de oportunizar a reflexão quanto às questões que circundam a criança, os distintos ambientes em que ela vive e a influência exercida pelo meio ambiente e pela família no processo saúde/doença desta. Neste contexto evidenciamos o desenvolvimento de ações individuais e coletivas no cuidado aos principais agravos à saúde bucal, à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais na infância bem como o planejamento de ações identificando possibilidades de trabalho interdisciplinar.

Esperamos ter contribuído para ampliação de seu conhecimento quanto às possibilidades de atuação na Estratégia Saúde da Família!

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.

<http://lattes.cnpq.br/2199731743760117>

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.

<http://lattes.cnpq.br/6756304170067431>

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 Professor 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.

<http://lattes.cnpq.br/2680120470556112>

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 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.

<http://lattes.cnpq.br/0924957139162042>

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.

<http://lattes.cnpq.br/2662659023733839>

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.

<http://lattes.cnpq.br/3231352754762314>

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.

<http://lattes.cnpq.br/7303752564219635>

Carmem Regina Delzivo

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985), graduação em Licenciatura Em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985) e mestrado em Ciências da Saúde Humana pela Universidade do Contestado (2003). Atualmente é doutoranda em Saúde Pública na UFSC. Atua na Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de Santa Catarina na Gerência da Coordenação da Atenção Básica. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Gestão , atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, regulação, controle e avaliação, vigilância em saúde, estratégia de saúde da família e NASF.

<http://lattes.cnpq.br/9192985272761930>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina