

The background is a vibrant mosaic of small, irregular tiles in various colors. In the upper left, there are two butterflies: one with red wings and one with yellow wings, both with black bodies. Below them, a large purple flower with an orange center stands prominently. To its right are smaller pink and orange flowers. In the lower center, a large green frog with a red smile is depicted. To the right of the frog, a smaller green frog is shown in a jumping pose. On the far right, a snail with a red and orange shell is visible. On the left side, a large, textured brown shape, possibly representing a tree trunk or a rock, is also made of mosaic tiles. The overall style is colorful and child-friendly.

Mitsue Fujimaki
Josely Emiko Umeda
Matheus Cavassani Pereira
Márcia Falleiros Evangelista da Rocha

SORRIR COM SAÚDE

Construindo ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal em Centros de Educação Infantil

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
Odontologia
Integrada

SORRIR COM SAÚDE

Construindo ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal em Centros de Educação Infantil

Mitsue Fujimaki
Josely Emiko Umeda
Matheus Cavassani Pereira
Márcia Falleiros Evangelista da Rocha

SORRIR COM SAÚDE

Construindo ações intersetoriais para a promoção
da saúde bucal em Centros de Educação Infantil

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
Odontologia Integrada 

Maringá - PR
2018

Copyright © 2018 para os autores

Todos os direitos reservados desta edição 2018 para o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada (PGO).

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR., Brasil)

S714 Sorrir com saúde : construindo ações intersectoriais para a promoção da saúde bucal em centros de educação infantil / Mitsue Fujimaki ... [et al]. -- Maringá, PR : PGO-UEM, 2018. 62 p. : il.

Vários autores.

ISBN 978-85-52901-00-6

I. Saúde bucal - Estudo e ensino. 2. Boca - Doenças - Prevenção - Estudo e ensino. 3. Crianças - Cuidados dentários. 4. Saúde bucal - Formação profissional. I. Fujimaki, Mitsue. II. Umeda, Josely. III. Pereira, Matheus Cavassani. IV. Rocha, Márcia Falleiros Evangelista. III. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Odontologia.

CDD 23.ed. 617.601+

Márcia Regina Paiva de Brito (CRB 9/1267)



O trabalho Sorrir com Saúde: Construindo ações intersectoriais para a promoção de saúde bucal em Centros de Educação Infantil de Mitsue Fujimaki, Josely Emiko Umeda, Matheus Cavassani Pereira, Márcia Falleiros Evangelista da Rocha está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-Compartilha Igual 4.0 Internacional.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
Odontologia
Integrada

Av. Mandacarú n. 1.550
87080-000
Maringá - Paraná - Brasil
www.pgo.uem.br - sec-pgo@uem.br

EDITORIAL

Participantes:

Profa. Raquel Sano Suga Terada (UEM)
Profa. Renata Corrêa Pascotto (UEM)
Profa. Renata Iani Werneck (PUC - PR)
Profa. Ana Claudia Chibinski (UEPG)
Profa. Denise Stadler Wambier (UEPG)
Profa. Márcia Helena Baldani Pinto (UEPG)
Profa. Cynthia Junqueira Rigolon (UEM)
Profa. Aurea Maria Paes Leme Goulart (UEM)
Profa. Najara Barbosa da Rocha (UEM)
Prof. Luiz Fernando Lolli (UEM)
Profa. Marina de Lourdes Calvo Fracasso (UEM)
Profa. Sandra Mara Maciel (UEM)
Prof. Erivelto Goulart (UEM)
Prof. Antônio Fernando Monnerat (UERJ)
Camila Fracalossi
Dioezane Mesacasa
Isabela Silva Rocha
Juliane Vianna Guzzoni Kurihara
Laise Garcia Cecote
Nathália de Albuquerque
Tânia Harumi Uchida

Projeto Gráfico:

Geison Durães - Comunicação e Multimídias (UEM)
Priscila Akiko Nakaike - Comunicação e Multimídias (UEM)
Giovanna Jacronis - Comunicação e Multimídias (UEM)
Giovana Zirolto - Comunicação e Multimídias (UEM)
Rafael Paiva - Engenharia de Produção (UEM)

Consultoria:

Marcos Kazuyoshi Sassaka (UEM)

Realização:

Universidade Estadual de Maringá

Apoio:

Fundação Araucária
CNPq
Ministério da Saúde
Programa Universidade Sem Fronteiras (SETI)
Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

AGRADECIMIENTOS



O livro Sorrir com Saúde é o resultado da dedicação de diversos profissionais que acreditam na educação como caminho transformador da sociedade. Sabemos que para avançarmos diante dos desafios que envolvem a saúde das pessoas, particularmente na infância, necessita-se de articulação intersetorial. Assim, agradecemos a muitos atores envolvidos neste processo de construção coletiva:

À Universidade Estadual de Maringá, ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, ao Programa de Residência em Saúde Coletiva e da Família, às Secretarias de Educação e Saúde dos municípios de Maringá, Marialva e Sarandi, que viabilizaram a execução de projeto voltados à melhoria da qualidade de vida na infância;

Aos profissionais Aparecida Chicarelle (Centro Municipal de Educação Infantil Nilza de Oliveira Pipino - Maringá - PR), José Lúcio Yokoyama (Secretaria Municipal de Saúde de Maringá - PR), Rosana Aparecida dos Santos (Secretaria Municipal de Saúde de Maringá - PR), Carla Lacerda (Secretaria Municipal de Saúde de Marialva), Lucila Lemuch (Secretaria Municipal de Saúde de Marialva), ao analista de sistema Guttenberg Ferreira Passos (PRODEMGE - MG), à jornalista Juliane Vianna Guzzoni Kurihara e Sostenes Rosa Valentini (Universidade Estadual de Maringá) parceiros que não mediram esforços em apoiar o desenvolvimento desta proposta;

Aos profissionais Amanda Meira Saraiva, Paula Mayumi Siqueira, Sabrina Ferreira Cruz, Fernanda Midori Tsuzuki (mestranda) que trabalharam com dedicação e carinho no dia a dia com as crianças;

Às agências de fomento Fundação Araucária (Edital 04/2012 - Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS), CNPq (Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit N° 08/2013 - Pesquisa

em educação permanente para SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde, Processo n. 401514/2013-7) e CAPES (Programa Nacional de Cooperação Acadêmica - PROCAD, Projeto. n. 88881.068416.12014-01) e Secretaria de Ciência e Tecnologia do Paraná (Programa Universidade Sem Fronteiras, TC 024/2017), que apoiaram projetos de pesquisa vinculados às atividades em Centros de Educação Infantil e escola do ensino fundamental;

À Coordenação de Saúde Bucal, representada pelo prof. Léo Kriger, Guilherme Graziani e Érika Feller, que tem apoiado todas as iniciativas que beneficiam a população do Paraná;

Ao Ministério da Saúde, pelo apoio ao Projeto "Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal", cujo objetivo é capacitar gestores e equipes de saúde para a construção da rede de atenção à saúde bucal por meio da implementação da educação permanente em saúde;

Às crianças, educadores e familiares, que nos proporcionaram um grande aprendizado, tornando nosso olhar mais sensível às reais necessidades e profissionalmente mais comprometidos com a promoção da saúde;

A todos que diretamente ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste projeto, que visa a incorporação de hábitos saudáveis na infância para que tenhamos gerações futuras que possam sorrir com saúde durante toda a vida.

MUITO OBRIGADO!

SUMÁRIO

Prefácio	11
Apresentação	15
Introdução	19
Planejamento	23
Execução	29
Monitoramento e avaliação	41
Conclusão	45
Referências	49
Apêndices	51
Autores	61

PREFÁCIO

A interação entre a saúde e a educação ainda é um grande desafio e tem merecido a atenção dos profissionais que atuam nesses dois setores da sociedade. As mudanças que ocorreram nos últimos tempos na forma de encarar a atuação dos profissionais, nos trazem a necessidade do trabalho coletivo, para promover a saúde e a melhoria das condições de vida da população, exigindo um novo olhar sobre o assunto.

Quando se trata da saúde escolar, isso fica mais evidente, com a dificuldade de um trabalho integrado competente e efetivo, sendo consequência, na maioria das vezes, da falta de um diálogo aberto e franco e um norte comum. De um lado, os profissionais da saúde procuram o espaço escolar para as suas ações, entendendo a escola como um ambiente privilegiado para ações de saúde e educação e, por outro lado, os profissionais da educação consideram a integração com a saúde, uma sobrecarga nas atividades didáticas.

A implantação do Programa Saúde na Escola parece trazer uma nova luz sobre a questão, propondo esta integração de maneira objetiva, com ações de caráter educativo, preventivo e curativo, nas diferentes faixas etárias sistematizando o trabalho dos profissionais de saúde no ambiente escolar e estimulando a integração com os pais e educadores.

No Paraná, a criação da Rede de Saúde Bucal, em 2014, pela Secretaria de Estado da Saúde, tem na integração saúde-educação o seu escopo maior, buscando desde o trabalho em conjunto com as universidades para a formulação de políticas públicas coerentes com o desenvolvimento social

do Estado, até o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das doenças bucais. A aproximação com as universidades do Estado trouxe o surgimento de novas ideias, gradativamente implantadas e a possibilidade de uma interlocução permanente entre o serviço e a academia. Os frutos deste trabalho sinérgico poderão ser avaliados e multiplicados num futuro próximo, gerando resultados e impactos positivos para a sociedade.

O Projeto Sorrir com Saúde, gerado na Universidade Estadual de Maringá, é o resultado concreto deste esforço de integração, envolvendo professores universitários, alunos de pós-graduação, de graduação e profissionais do serviço, na busca da construção de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal, especificamente em Centros de Educação Infantil. Este livro, instrumento de apoio ao trabalho, interpreta o pensamento e a percepção de um grande número de profissionais de diferentes instituições sobre a educação, a promoção da saúde e a aquisição de novos hábitos desde a infância. Como uma bússola, ele permite a quem utilizá-lo, navegar pelos meandros do trabalho com crianças de 3 a 5 anos, no ambiente escolar, enfocando o planejamento inicial, o estabelecimento de contatos com a direção da escola, os professores e os pais. Depois, envereda para o conhecimento da realidade grupal e individual, propondo o levantamento epidemiológico e o diagnóstico da situação clínica individual. Entendendo que a educação em saúde é fundamental para o trabalho de prevenção e controle das doenças, apresenta sugestões para o desenvolvimento de atividades lúdicas para a prevenção das doenças bucais. Finalmente, avança para o controle das lesões de cárie

dentária, propondo a utilização do Tratamento Restaurador Atraumático como estratégia de tratamento preventivo-restaurador, por sua eficiência comprovada, facilidade de uso e custo reduzido.

Sem essa pretensão, os autores deste livro, desenvolvido para servir de guia prático de um trabalho de saúde bucal, trazem a cada um de nós à reflexão de uma mudança de paradigma. Afinal, ele é destinado a profissionais que acreditam que a educação seja o caminho para a promoção da saúde e aquisição de hábitos saudáveis desde a infância.



LÉO KRIGER

Coordenador Estadual de Saúde Bucal do Paraná
(Gestão 2011 - 2015)

APRESENTAÇÃO

Crianças, jovens e adultos sem experiência de cáries, chegando à terceira idade com alimentação adequada e uma vida saudável, apresentando todos os dentes e capazes de sorrir. Esse é um sonho possível, mas infelizmente, ainda é uma realidade distante para a maioria da população do nosso país.

A cárie dentária não tratada na infância ainda é muito comum no Brasil e no mundo. Num estudo internacional observou-se que a presença da lesão de cárie é a 10ª condição mais comum da infância, dentre as 291 condições avaliadas, e em termos de custo é a quarta doença crônica mais cara para ser tratada (KASSEBAUM et al., 2015). Verifica-se ainda inúmeros casos de crianças que sofrem as consequências negativas de hábitos inadequados de alimentação e higiene dos dentes. E esses hábitos, adquiridos na infância, têm levado adultos e idosos a perderem dentes muito precocemente.

Historicamente, a doença cárie e suas sequelas, incluindo a perda dentária, tem sido considerada um evento natural durante a vida. Por isso, grande parte da população perde em qualidade de vida, por problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros. Entretanto, muitos ainda não reconhecem que esta é uma doença prevenível pela mudança de hábitos. Neste aspecto, a educação é um grande desafio a ser enfrentado em todas as fases da vida, principalmente na infância, para a manutenção da saúde bucal.

Este material instrutivo foi elaborado a partir da necessidade de capacitar equipes de saúde bucal para a construção de ações intersetoriais em escolas, visando o cuidado e bem-estar das crianças. São apresentadas as etapas deste processo e sugestões de atividades que poderão ser desenvolvidas ao longo do ano, para que motivem e despertem os profissionais para o papel de educador, visando

levar conceitos e práticas de saúde bucal para toda a família.

Vale ressaltar que esta publicação faz parte do Projeto "Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal", que tem realizado capacitações para gestores e suas equipes utilizando-se a estratégia de onda formativa. Os gestores são inicialmente capacitados por meio de um curso semi-presencial. Na etapa seguinte, estes são estimulados a multiplicá-lo às suas equipes, que também discutem os problemas e situações reais e propõem mudanças na prática. Todos os membros envolvidos neste processo podem se tornar agentes de transformação local, a partir do estímulo e valorização do potencial individual.

Que esta onda de formação e despertar atinja profissionais e comunidades e possamos juntos, diante das necessidades prementes da nossa população, nos tornar agentes de transformação da sociedade, com alegria, responsabilidade, profissionalismo e comprometimento.

COORDENADORA DO PROJETO SORRIR COM SAÚDE
Mitsue Fujimaki

INTRODUÇÃO



As 1ª e 2ª infâncias, períodos que vão do nascimento até os seis anos de idade, representam fases da vida essenciais para o desenvolvimento mental e emocional da criança. Esses primeiros anos são fundamentais para que o indivíduo cresça de forma saudável e possa se desenvolver plenamente (AGUIAR; NASCIMENTO; BARKER, 2007). Na fase pré-escolar, inicia-se o processo de socialização, com o ingresso em um espaço coletivo que propicia o contato com novas pessoas, crianças de várias idades, fora do ambiente familiar habitual. Desta maneira, ocorre também o relacionamento entre a fala e o desenvolvimento de outros processos cognitivos, como pensar, formar conceitos, recordar e resolver problemas (MUSSEN et al., 1988). Além disso, esta fase também é importante para o reconhecimento do corpo, suas funções e o desenvolvimento de hábitos de cuidados com a saúde.

Uma das doenças que mais atinge as crianças e que pode gerar prejuízos significativos ao desenvolvimento físico, emocional e cognitivo é a cárie dentária. Esta é causada por hábitos de dieta e higiene bucal inadequados, que levam ao acúmulo de biofilme nos dentes e provocam a destruição dos mesmos, podendo gerar dor, dificuldades mastigatórias, traumas psicológicos e a perda prematura dos dentes. Para crianças nesta faixa etária, apesar da substituição da dentição decídua (dentes de leite) pela dentição permanente, a condição dos dentes decíduos costuma predizer o que ocorrerá com os dentes permanentes. Assim, a incorporação dos hábitos saudáveis deve ocorrer nesta fase, porque o dente decíduo é mais suscetível à cárie, por ser mais solúvel (sua composição é diferente do dente permanente, pois apresenta maior conteúdo de carbonato de cálcio), além da espessura do esmalte e dentina ser menor, podendo haver o envolvimento da polpa mais precocemente.

De acordo com o último levantamento epidemiológico sobre as condições bucais da população brasileira realizado pelo

Ministério da Saúde em 2010, apesar da cárie em crianças de 5 anos de idade ter reduzido significativamente, mais da metade (53,4%) das crianças possui experiência de cárie na dentição decídua e cerca de 80% dos dentes cariados permanecem sem tratamento (BRASIL, 2012). Esses dados são alarmantes, uma vez que a cárie é uma doença crônica mutiladora, que pode atingir estágios mais complexos. Desta forma, a interação dos setores saúde-educação é positiva na potencialização das ações propostas em conjunto com profissionais da saúde. Além disso, é fundamental a aproximação com as famílias, para que estas se conscientizem da importância da aquisição de hábitos saudáveis por todos os membros e a escola é uma das portas de entrada para o diálogo com o núcleo familiar.

A mudança de hábitos, necessária a novas práticas de cuidado familiar e na escola, poderá ocorrer por meio da educação em saúde, que integra um conjunto de saberes e práticas direcionados à prevenção de doenças e à promoção da saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996). É o meio pelo qual conhecimentos cientificamente produzidos são inseridos à rotina das pessoas de forma natural, oferecendo suporte para a adoção de hábitos e condutas novas e saudáveis (ALVES, 2005). Assim, é preciso que as responsabilidades pelas mudanças sejam compartilhadas. Por um lado, os profissionais de saúde são cuidadores dos indivíduos do território onde atuam; por outro, é necessário que os cidadãos assumam o controle da sua própria saúde e de seus dependentes, envolvendo-se no processo e contribuindo com os serviços prestados à comunidade (AERTS; ABEGG; CESA, 2004). As atividades em ambiente escolar são de grande importância para que ocorra a integração e sinergia da equipe da saúde com os educadores, pais e responsáveis no planejamento, execução e avaliação das ações propostas.



PLANEJAMENTO

O planejamento é a primeira etapa que está relacionada com a preparação e estruturação das propostas a serem executadas. Para tanto, antes de iniciar qualquer atividade será necessário institucionalizar as parcerias.

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

O primeiro passo para o início das atividades é o diálogo e o reconhecimento do interesse das pessoas envolvidas: profissionais da educação, profissionais da saúde e comunidade.

Em seguida, é necessário institucionalizar esta parceria por meio da aprovação e autorização da Secretaria de Educação (Apêndice A). Desta forma, sugere-se os seguintes passos:



ETAPAS

- 1- Conhecer a sua área de abrangência e identificar as instituições educacionais no seu território (territorialização);
- 2- Selecionar um ou mais Centros de Educação Infantil para o desenvolvimento do trabalho, tendo em vista as necessidades e as prioridades da área de abrangência;
- 3- Sensibilizar diretores, educadores, cuidadores, funcionários e comunidade para o trabalho coletivo, visando o cuidado da saúde bucal das crianças, das famílias e dos funcionários, por meio de visitas e do diálogo;
- 4- Após consentimento verbal da direção da escola para a realização das atividades, solicitar autorização da Secretaria de Educação Municipal ou do Núcleo Regional de Educação (para as escolas estaduais) por meio de um ofício (Apêndice A);
- 5- Após a autorização por escrito da Secretaria de Educação, solicitar informações sobre os alunos (nome, data de nascimento, disponibilidade da escola, espaço físico disponível, etc) para o início do planejamento das atividades;
- 6- O planejamento das atividades deve ser em comum acordo e passar por aprovação da escola (data de início, períodos de realização das atividades, local de realização, etc.);
- 7- Após aprovação de todos os envolvidos, iniciar a execução dos trabalhos.

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS E ORIENTAÇÕES NECESSÁRIAS

Para a realização das atividades com as crianças, é necessário solicitar a autorização dos pais/responsáveis. O apoio da direção da escola é muito importante para intermediar o contato entre família e equipe de saúde bucal. A autorização poderia ser lida e explicada de forma coletiva aos responsáveis, numa linguagem simples e de fácil entendimento e posteriormente, assinada e devolvida à equipe de saúde bucal (Apêndice B).

DICA: Aproveitar uma reunião de pais agendada pela direção da escola ou alguma data de um evento escolar. Assim, é possível ler e explicar as atividades, a necessidade da assinatura do termo de autorização, além de enfatizar diretamente aos pais a sua importância no desenvolvimento das habilidades para a realização da higiene bucal das crianças, uma vez que elas ainda não possuem a coordenação motora para realizarem sozinhas de maneira satisfatória.

Caso não seja possível a realização da leitura conjunta, as informações poderão ser enviadas por escrito aos responsáveis por intermédio da criança. Outra possibilidade, seria a inclusão da autorização para a participação nas atividades propostas, dentre os documentos na ficha de matrícula da criança, em acordo com a escola.

Observação: Em alguns Centros de Educação Infantil, no ato da matrícula, é solicitado aos pais um atestado da condição de saúde geral da criança, bem como a carteira de vacinação, que são fornecidas pelas Unidades Básicas de Saúde. Nesta situação, poderia ser sugerida a inclusão de um item sobre saúde bucal, a partir de um acordo entre as Secretarias de Educação e Saúde. Assim, os pais/responsáveis levariam as crianças, antes da matrícula, para o exame de saúde bucal e geral, evitando que elas ingressem na escola com necessidades de atendimento odontológico e outras demandas graves de saúde, pois isto prejudicaria o seu aprendizado, bem-estar e a socialização.

PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção deve apresentar ações e medidas para promoção de saúde, tratamento da doença e monitoramento, cujo objetivo final é a melhoria da saúde bucal das crianças, proporcionando o empoderamento e autonomia da família.

Na organização das atividades é importante considerar:

1- Descrição da equipe de trabalho

Exemplo:

Cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, coordenadora pedagógica da escola, educadores, agentes comunitários de saúde, etc.

2- Metas

As metas devem ser descritas e quantificadas

Exemplo:

Meta 1- Realizar o levantamento epidemiológico em 100% das crianças.

3- Definição de estratégias, responsáveis e prazos

A partir de cada meta, definir quais são as estratégias necessárias para atingir a meta. As estratégias podem ser enumeradas, considerando a respectiva identificação dos responsáveis e os prazos.

Exemplo:

1- Identificar o número de crianças a partir das listas de chamada - técnico em saúde bucal - 1 semana;

2- Preparar o material para o exame de 150 crianças por dia - técnico em saúde bucal - 1 semana;

3- Acordar com a direção da escola o local e 3 dias por semana para os exames - cirurgião-dentista - 15 dias;

4- Convidar 3 dentistas e 3 técnicos em saúde bucal para os dias dos exames - coordenador - 1 mês;

5- Realizar exames bucais de todas as crianças - cirurgião-dentista e equipe - 2 meses;

6- Apresentar os resultados para a escola e em uma reunião da secretaria de educação e da saúde e discutir próximos passos - coordenador - 3 meses.

4- Descrição dos recursos necessários – físicos, financeiros e humanos

Exemplo:

Recursos físicos: salas de aula para exame, salas para organização do material, banheiros para escovação, materiais de consumo (EPI, instrumentais, materiais odontológicos, escovas e dentifrícios, etc);

Recursos financeiros: quando houver;

Recursos humanos: 3 cirurgiões-dentistas, 3 técnicos em saúde bucal.

Destaca-se nesta etapa a importância de elencar as etapas:

1- Realizar a estratificação de risco e o diagnóstico das doenças bucais a partir de exames clínicos (levantamento epidemiológico);

2- Realizar o encaminhamento das crianças para tratamento na Unidade Básica de Saúde de referência, quando necessário;

3- Tratar os problemas encontrados (cárie dentária, lesão bucal, má oclusão), priorizando os casos mais urgentes, complexos e grupos vulneráveis;

4- Realizar a educação em saúde com as crianças, pais e educadores, para a mudança de comportamentos deletérios (higiene bucal inadequada, dieta e nutrição inadequada, sucção digital, uso prolongado de chupeta e mamadeira);

5- Realizar o monitoramento e avaliação da saúde bucal das crianças, para o diagnóstico precoce das doenças;

6- Realizar avaliações permanentes sobre conhecimentos e práticas do cuidado e autocuidado dos pais/responsáveis e educadores.

Outras etapas podem ser incluídas, considerando o contexto local e particularidades da população. O planejamento das atividades é uma etapa importante para o bom desenvolvimento do trabalho e deve ser realizado em conjunto com a equipe da Unidade Básica de Saúde de referência (cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, dentre outros profissionais), pais/responsáveis pelas crianças, representantes da comunidade e a equipe da escola.

ATENÇÃO: É importante que as atividades propostas não prejudiquem a rotina das crianças e o bom funcionamento da escola. Por isso, consulte previamente a coordenação e os educadores sobre a viabilidade das atividades planejadas.



EXECUÇÃO

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE DENTÁRIA

O levantamento epidemiológico é a etapa de diagnóstico da condição inicial da saúde bucal. As crianças podem ser examinadas separadas dos demais alunos ou em suas próprias salas de aula, quando não houver disponibilidade de espaço físico. É importante realizar a escovação antes do exame. No caso da iluminação ambiente não ser adequada, sugere-se o uso de lanternas de cabeça (luz branca ou led). O exame clínico deve ser realizado com o campo seco e limpo, possibilitando avaliar a atividade e o grau de severidade da doença cárie, para monitorá-la ao longo do tempo. É fundamental que o examinador e seu auxiliar conheçam o índice de cárie dentária que será utilizado, e para isso é necessária uma calibração prévia da equipe. O odontograma (Apêndice C) deve ser preenchido individualmente.

A presença de lesões ativas, cavitadas ou não, e a aparência clínica como a cor e textura tecidual devem ser avaliadas durante o exame clínico, ressaltando-se que a presença de sinais clínicos de perda mineral em atividade (mancha branca e/ou cavidades) são indicativos da necessidade de intervenção imediata (Figura 01) para o controle da doença e de suas sequelas (BAELUM; FEJERSKOV, 2005).

Para realizar o diagnóstico da severidade da lesão da cárie, sugere-se a utilização do índice do Sistema Internacional de Avaliação e Detecção da Cárie, do inglês "International Caries Detection and Assessment System" (ICDAS) (PITTS; EKSTRAND, 2013). Além disso, sugere-se o índice ceo-d para o cálculo da prevalência de cárie, que

também será anotada nas fichas de exames.

As informações sobre o ICDAS podem ser encontradas no site do ICDAS Foundation, através do link: <<https://www.icdas.org/courses/portuguese/course/nav.html>>. A Figura 2 apresenta os escores clínicos utilizando o ICDAS, grau de urgência, tratamento e local de atendimento. Este índice apresenta algumas vantagens como:

- Diagnosticar a severidade da lesão de cárie
- Identificar os estágios iniciais da lesão de cárie
- Facilitar a identificação das necessidades de tratamento
- Possibilitar a priorização dos casos mais severos





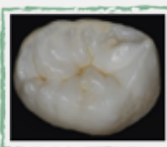
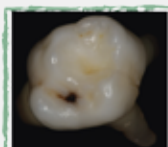
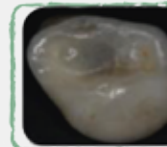
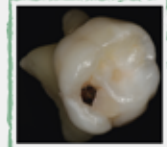
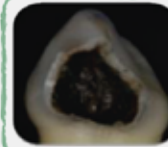
Estágio da Doença	Superfície Hígida	Estágio Inicial da Doença Cárie		Doença Cárie Estabelecida		Doença Cárie Avançada	
Características Clínicas	Nenhuma Alteração no Esmalte	Opacidade visível após a secagem de 5 segundo	Opacidade visível, mesmo na presença de umidade	Cavidade localizada em esmalte opaco ou pigmentado	Sombreamento da dentina subjacente	Cavidade em esmalte opaco ou pigmentado, com exposição da dentina subjacente	Cavitação envolvendo dentina em mais da metade da superfície
Exemplo Clínico							
Escore do ICDAS	0	1 - 2		3	4	5	6
Tratamento para as lesões inativas	Nenhum	Nenhum		Nenhum		Nenhum	
Tratamento para lesões ativas	Nenhum	Prevenção: medidas para inativação da cárie		Operatório ou não operatório	Operatório ou não operatório	Operatório	Operatório
Local de Atendimento	Acompanhamento no CMEI	Acompanhamento no CMEI		Tratamento e Acompanhamento no CMEI	Dependerá da extensão da lesão. Quando houver chance de exposição pulpar, o ideal é encaminhar	Dependerá da extensão da lesão. Quando houver chance de exposição pulpar, o ideal é encaminhar	Dependerá da extensão da lesão. Quando houver chance de exposição pulpar, o ideal é encaminhar

Figura 2 - Escores clínicos do ICDAS, prioridade de atenção, tratamento e local de atendimento.

Fonte adaptada: International Caries Detection and Assessment System Foundation (2015); Pitts; Ekstrand (2013), Braga et al. (2012).



COMO REALIZAR A ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA?

PASSO 1

Os profissionais devem apresentar-se às crianças e informá-las sobre o que será realizado para a criação de vínculo e confiança. Este momento é propício para realizar a instrução de higiene bucal coletiva, no qual as crianças praticam a escovação de seus dentes, e os profissionais as orientam.

PASSO 2

Podem ser propostas atividades para as crianças que aguardam em sala de aula como, por exemplo, colorir um desenho relacionado à saúde bucal (individualmente para crianças maiores e com coordenação motora, ou coletivamente com uma cartolina, para as mais novas).

PASSO 3

As crianças devem ser acompanhadas por um profissional da equipe para o escovódromo (caso a escola possua) ou ao banheiro. As crianças podem ser organizadas de acordo com a lista de alunos da turma, ou a disposição dos assentos

Quantas crianças devem ser orientadas numa atividade de escovação supervisionada?

Dependerá do número de pessoas que integram a equipe e do espaço disponível. Sugere-se o número de 5 crianças para cada duas pessoas da equipe, podendo um profissional orientar a escovação com a utilização de macro modelos e o outro auxiliar na escovação individual.

IMPORTANTE

Um bom diálogo com a equipe escolar

Sabemos que podem surgir inúmeras dificuldades para a realização da higiene bucal diária das crianças, seja pela falta de incentivo financeiro, falta de pessoal ou espaço físico, mas deve-se buscar que esta prática se torne rotina na escola, até que a escovação seja um hábito natural.

É importante salientar os benefícios da escovação supervisionada quando efetuada diariamente, com a presença ou não da equipe de saúde bucal, utilizando-se pequenas quantidades de creme dental fluoretado, equivalentes a um grão de arroz (no máximo 0,3g por escovação) (PAIVA; LIMA; CURY, 2003). O creme dental fluoretado é um dos métodos mais eficazes e racionais no controle da cárie, conciliando a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor (BRASIL, 2009). É interessante introduzir o uso do fio dental o quanto antes, considerando que as crianças estão aperfeiçoando suas habilidades psicomotoras.

Esta orientação é essencial para que o processo educativo aconteça e para a motivação das crianças para o autocuidado. Assim, elas iniciarão o desenvolvimento de habilidades para a manutenção da saúde, além de transmitirem às famílias e pessoas de seu convívio social os conhecimentos e práticas adquiridas na escola.

ARMAZENAMENTO DAS ESCOVAS

As escovas dentais devem ser identificadas com os nomes das crianças (preferencialmente com caneta permanente no cabo e protetor de cerdas) e permanecerem na escola. O armazenamento pode ser feito em potes plásticos (ex: potes de sorvete, com furos na tampa, deixando as escovas em posição vertical, com as cerdas para fora, desde que protegidas com protetor de cerdas). Dessa forma, não tocarão uma nas outras, evitando infecções cruzadas. Além disso, o nome e sobrenome das crianças devem ser gravados para facilitar a distribuição e impedir que sejam trocadas.

ATIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS

Essas atividades têm como finalidade oportunizar às crianças o acesso a informações sobre saúde bucal, em linguagem, metodologia e complexidade adequada para sua idade, além de fortalecer o vínculo com o cirurgião-dentista e a equipe de saúde.

INTERAÇÃO COM AS CRIANÇAS

A interação com as crianças deve ocorrer com uma frequência regular e levar em consideração o espaço físico da escola, a disponibilidade dos materiais lúdicos, tempo e as habilidades da equipe de saúde bucal. A duração das atividades não deve ser longa para não prejudicar o andamento das atividades da escola, mas suficiente para dar atenção às crianças e propiciar o diálogo.

IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS COM AS CRIANÇAS:

- Conscientização sobre higiene bucal e hábitos alimentares;
- Estímulo à autonomia das crianças na realização da escovação dos dentes;
- Reconhecimento dos problemas bucais (cárie dentária, gengivite e má oclusão) e as medidas preventivas;
- Percepção do cirurgião dentista como um amigo que cuida de sua saúde.

RECOMENDA-SE AS SEGUINTESS ATIVIDADES EDUCATIVAS:

- Teatro;
- Desenho para colorir;
- Música e paródia;
- Gincana;
- Brincadeiras;
- Contação de história;
- Atividades em equipe (construção de painel, colagem, pintura, etc).

ATENÇÃO! É de grande importância que o planejamento estabeleça com clareza os objetivos, seguindo um roteiro cuidadosamente elaborado, baseado no número de crianças, faixa etária, espaço físico e tempo disponibilizado. Além disso, é necessário planejar a sequência de atividades, buscando-se intercalar as que deixam as crianças agitadas, com as que requerem atenção, para melhor aprendizado.



ATIVIDADES POR FAIXA ETÁRIA

O planejamento das atividades deve considerar a faixa etária e este vai auxiliar o bom desenvolvimento da proposta e a motivação das crianças e da equipe.

As crianças de **três anos** distraem-se facilmente e o tempo de concentração em uma atividade é curto, exigindo a elaboração de atividades simples e rápidas. Desenhos, teatros de fantoches, contação de histórias simples e a utilização de objetos concretos como macro modelos, escova de dentes, e dentre outros, são recomendados para iniciar conceitos.

Para as crianças de **quatro anos** podem ser realizadas as mesmas atividades sugeridas para as crianças de 3 anos, incluindo jogos e construção coletiva por meio de cartazes com colagem ou pintura.

As crianças de **cinco anos** são bastante participativas. Atividades interativas são muito aprovadas: teatro dialogado, brincadeiras com perguntas e respostas, gincana, jogos, trabalho em equipe na construção de cartazes, dentre outras.

É importante salientar que a complexidade das atividades e dos conceitos deve ser crescente ao longo dos anos. Além disso, cada turma tem uma necessidade diferente e por isso, a equipe deverá identificar qual o grau de entendimento que as crianças possuem em relação à saúde bucal e ao autocuidado e fazer o planejamento das atividades de maneira a atender o grupo de crianças, monitorando e avaliando os resultados.

Uma boa comunicação e interação com as crianças inicia-se com o saber ouvir.



TEATRO

O teatro é uma excelente maneira de conscientização e aprendizado das crianças, pois um roteiro simples e curto com foco na cárie dentária, na dieta, nos hábitos deletérios e em outras doenças pode ser criado por meio de personagens teatrais.

As montagens teatrais podem ser apresentadas de diversas formas e com os mais variados personagens, seja com a utilização de fantoches ou bonecos ou com a representação de instrumentais odontológicos como analogia a personagens e dramatização pela equipe.

MÚSICAS E PARÓDIAS

Estas atividades envolvem as crianças e facilitam o aprendizado de maneira divertida. A utilização de instrumentos musicais também auxilia na diversificação das atividades.

PINTURA

A pintura pode ser realizada tanto como atividade na escola, quanto como tarefa para casa. A escolha dos desenhos deve ser coerente com os objetivos da atividade. Pode ser utilizada como atividade simultaneamente à escovação supervisionada, quando somente algumas crianças saem da sala. Sugere-se a pintura para as crianças de 3 e 4 anos.

JOGOS, BRINCADEIRAS E NARRAÇÃO DE HISTÓRIAS

Essas atividades são bastante estimulantes e prendem a atenção das crianças. Vários jogos e brincadeiras podem ser propostos, desde que sua complexidade seja condizente com

as respectivas idades.

Os jogos podem ser bem versáteis, permitindo a abordagem de vários temas, como: higiene do corpo e da boca, hábitos deletérios (chupeta, mamadeira, sucção digital) e alimentação saudável. É importante deixar claro quais são os alimentos saudáveis e os que devem ser consumidos com moderação, para que as crianças não associem como prejudicial à saúde todo alimento de sabor doce, como frutas, por exemplo. Jogos de imitação e narração de histórias são atividades mais interessantes para as crianças de 5 anos, assim como labirintos e quebra-cabeças.

Dica: Há uma série de materiais disponíveis na internet, que após avaliação e constatada a adequação para a atividade, podem ser utilizados. Uma forma de fazer o diagnóstico e também fixar o aprendizado ao final da atividade é a realização de perguntas sobre o tema abordado. Sugere-se que ao final todas as crianças recebam uma gratificação simples pela participação (como medalha de papel, adesivo, um abraço, dentre outros), tornando a atividade um momento de alegria.

INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA

Culturalmente em nosso país, alimentos açucarados apresentam significado de afeto, e somado ao baixo custo, podem estar facilmente disponíveis para a criança, ficando propensas ao consumo em alta frequência e a hábitos inadequados (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996). Isto representa um grande problema, considerando que o consumo

frequente de açúcar, pode acelerar o desenvolvimento da cárie, além de aumentar os riscos de problemas sistêmicos como: obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Assim, recomenda-se que a ingestão de alimentos açucarados seja limitada a pequenas quantidades após as refeições, seguida de higiene bucal.

A criança adquire hábitos de dieta de acordo com o seu núcleo familiar e por isso, exemplos de hábitos saudáveis são importantes para o desenvolvimento da criança. Sugere-se que alimentos industrializados ricos em gorduras e açúcares sejam substituídos por alimentos naturais (frutas, legumes, grãos e cereais) (SEOW, 1998).

É importante que a família participe ativamente da educação das crianças, para que conscientize-se de sua responsabilidade pela incorporação de hábitos saudáveis durante a infância. Os pais ou responsáveis pelo cuidado são referências na transmissão de hábitos, costumes e práticas de saúde para seus filhos, bem como o monitoramento e acompanhamento da correta higienização bucal diariamente (WEATHERWAX et al., 2015).

Assim, são propostos alguns momentos de integração com a família no Centro de Educação Infantil:

- reuniões de pais/responsáveis na escola, nas quais profissionais da saúde podem abordar coletivamente questões da saúde bucal;
- comunicação com os pais/responsáveis mediante o envio de questionários, folders, dentre outros, pela agenda das crianças;
- disponibilização de espaço para um diálogo aberto com os pais/responsáveis no ambiente escolar;
- participação em eventos propostos pela escola, para abrir um canal de comunicação amigável entre escola, família e profissionais da saúde.

ATENÇÃO! Crianças que necessitam utilizar medicamentos açucarados (xaropes, vitaminas, etc) fazem parte do grupo de risco à cárie dentária e merecem atenção especial. Um maior cuidado deve ser tomado quando forem fornecidos durante o sono, período em que o fluxo salivar é drasticamente reduzido. (QUIÑONEZ; KEELS; VANN, 2001; BONECKER; OLIVEIRA; CORRÊA, 2010).

INTERVENÇÕES CLÍNICAS PREVENTIVAS E CURATIVAS

A intervenção no desenvolvimento inicial da doença cárie possibilita maiores taxas de sucesso na manutenção dos dentes, cumprindo suas funções (mastigatória, fonética e estética) para o bem-estar do indivíduo ao longo da vida. Assim, o diagnóstico precoce do desenvolvimento da doença cárie, e não somente da lesão de cárie, é essencial para evitar as consequências indesejadas. Casos mais severos, com possibilidades de comprometimento pulpar devem ser priorizados. Para tanto, sugere-se que as crianças sejam classificadas de acordo com a necessidade de atendimento, considerando os aspectos odontológicos (presença de mancha branca e lesões de cárie ativas) e critérios socioeconômicos, culturais e biológicos (presença de doenças crônicas, grau de escolaridade da família, dentre outros), descritos na Linha Guia da Rede de Saúde Bucal do Paraná (PARANÁ, 2014).

Para a elaboração do plano de tratamento, algumas condições clínicas podem nos orientar quanto à decisão por tratamentos invasivos ou não invasivos, tais como: a extensão da lesão (esmalte ou dentina, com ou sem cavitação); o tipo de lesão (ativa ou inativa); e a localização da lesão (superfície livre, oclusal e proximal).

De acordo com a Figura 2 (pág. 32), sugere-se:

ICDAS 1-2-3-4

- Lesões de mancha branca inativa ou ativa de esmalte, lesões de dentina ativa e inativa com abrangência de menos da metade da face analisada, quando não houver comprometimento da função mastigatória, estética e houver possibilidade de remoção de biofilme, recomenda-se o tratamento não operatório: a) realizar o controle mecânico do biofilme (educação por meio da escovação supervisionada e monitoramento do índice de biofilme); b) acesso adequado ao fluoreto (água de abastecimento fluoretada e dentifrício fluoretado); c) controle da dieta, d) estímulo do fluxo salivar, quando necessário e acompanhamento de acordo com o risco individual.

ICDAS 3-4-5-6

- Lesões de esmalte e dentina ativas ou inativas que acumulam biofilme ou apresenta comprometimento mastigatório ou estético, recomenda-se o tratamento operatório: a) aplicação tópica de fluoreto nas formas de gel, verniz ou diaminofluoreto de prata; b) aplicação de selantes; c) Tratamento Restaurador Atraumático e d) encaminhamento para UBS em situações de risco de exposição pulpar ou casos mais severos.

As intervenções clínicas como a aplicação tópica de fluoretos e a realização do Tratamento Restaurador Atraumático são precedidas pela escovação supervisionada para remoção do biofilme, pois a presença deste, prejudica a aderência e a longevidade das intervenções restauradoras. As crianças devem ser chamadas individualmente, considerando o número de campos operatórios preparados para o atendimento.

Quando houver dificuldade na adesão da família ao tratamento odontológico e aos cuidados com as crianças, a aproximação com os responsáveis e a abertura de diálogo com estes, constituem o primeiro passo para entender melhor o contexto familiar, e estudar as possibilidades de interação e estratégias a serem adotadas. É importante uma abordagem multiprofissional, com a equipe de saúde (agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal), além do diálogo com os professores e a direção da escola. Além disso, é necessário avaliar se criança possui acesso à água de abastecimento público fluoretada, para a melhor orientação da família com relação à importância da utilização dos fluoretos, dos cuidados com a saúde e na tomada de decisão em relação ao tratamento.

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUORETO

A lesão ativa de mancha branca irá remineralizar espontaneamente a partir da remoção do biofilme, já que a saliva apresenta características físico-químicas que favorecem esta condição (supersaturação de íons). Entretanto, a presença do fluoreto localmente auxiliará este processo. A aplicação de

verniz fluoretado sobre as lesões ativas de mancha branca é uma forma conveniente de uso profissional de fluoreto tópico em pré-escolares para prevenção da progressão da cárie dentária, considerando que são fáceis de aplicar e bem tolerados. Sugere-se o uso de verniz de fluoreto de sódio a 5%. Após a aplicação do produto a criança pode fechar a boca, porque o verniz endurece em contato com a saliva e forma uma película aderente às superfícies dentárias (CARVALHO et al., 2010).

Uma outra possibilidade de aplicação tópica de fluoreto é a utilização do cariostático diamino fluoreto de prata (SANTOS JR; SOUZA; ROSENBLATT, 2012). Este tem sido utilizado em diversos países no mundo, com efetividade comprovada na paralisação das lesões de cárie, evitando perdas dentárias. O diamino fluoreto de prata possui ação bactericida, promove a remineralização de lesões ativas, evita a formação do biofilme, além de proteger a degradação do colágeno da dentina. As vantagens são: ser seguro, de baixo custo, não-invasivo e de fácil e rápida aplicação. As desvantagens são: gosto metálico, escurecimento de tecido afetado e em lesões médias e profundas, pode levar à necrose pulpar. Para a utilização do diamino fluoreto de prata são necessários alguns cuidados como a proteção dos tecidos moles com vaselina e isolamento relativo.

TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) é uma abordagem da Odontologia minimamente invasiva, que preza pelos tecidos originais e assim, busca a preservação dos tecidos bucais e a manutenção da saúde. Para o tratamento da

doença cárie, é importante o controle dos fatores etiológicos da doença e a intervenção clínica na lesão cariada (em estágios iniciais) com a máxima preservação de estrutura dentária. A técnica restauradora é simplificada por utilizar instrumentos manuais para remoção de tecido cariado, não necessitando de um consultório odontológico. Neste caso, o atendimento pode ser realizado, por exemplo, em escolas. Apesar de ser uma técnica que demanda um tempo reduzido e requer pouca densidade tecnológica, a restauração é definitiva e pode durar muitos anos. Assim, recomenda-se utilizar um material restaurador adesivo de qualidade que é o cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade. Esta técnica caracteriza-se pela praticidade, baixo custo e, principalmente, pelo conforto oferecido ao paciente (MONNERAT; SOUZA; MONNERAT, 2013; MONNERAT, 2015). Consiste em abertura coronária feita somente com a utilização de instrumentos manuais (Apêndice D) para a remoção de tecido desmineralizado e desorganizado, para posterior selamento definitivo da cavidade (FRENCKEN et al., 1997; MASSONI; PESSOA; OLIVEIRA, 2006) (Apêndice E).

O atendimento deve ser executado preferencialmente em local que não interfira na rotina das crianças e dos educadores. É indicado uma sala separada e um ambiente tranquilo para o atendimento das crianças. A forma que serão realizados os atendimentos deve ser acordada com a equipe da escola. É necessária a disponibilização de espaço iluminado e abrigado, mobiliário (carteiras escolares, mesas e cadeiras), proximidade com pias, colchonetes, dentre outros.



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para o monitoramento das atividades é importante a elaboração de indicadores de produção de procedimentos. Para os indicadores de produção podem ser registrados, por exemplo: o número de crianças examinadas e atendidas, o número de dentes restaurados, o número de atividades coletivas realizadas, números de crianças que receberam kits de higiene bucal, número de atendimentos finalizados e a porcentagem das crianças atingidas (Figura 3). Para o monitoramento da saúde, pode-se registrar o índice de cárie, o número de crianças que deixaram de utilizar a chupeta, o número de crianças com escovação adequadas. Os indicadores de saúde bucal devem ser registrados e periodicamente avaliados, discutidos com a equipe, para a realização de adequações e novos ciclos de planejamento e de intervenção.

Para o cálculo do índice de cárie, o ceo-d, deve-se somar o número de dentes cariados, restaurados (com e sem cárie) e perdidos por cárie. Este valor é o número de dentes com experiência presente e passada de cárie de cada criança. Para o cálculo do índice de um grupo, deve-se fazer a média de todas as crianças.

Na avaliação das ações, é importante incluir a direção da escola para a manutenção de uma boa parceria entre a equipe de saúde bucal com as professoras e educadores, bem como, com os pais/responsáveis e a família. O envolvimento da equipe e a clareza dos objetivos comuns devem nortear o trabalho na escola. Para tanto, o registro periódico é necessário, o que possibilita o acompanhamento da trajetória das ações desenvolvidas.

ATENÇÃO! É importante realizar reuniões periódicas (quinzenais ou mensais) para toda a equipe discutir os aspectos positivos do andamento das atividades, ou seja, debater os resultados alcançados, compartilhar experiências e planejar futuras intervenções individuais e coletivas.

Caso alguma criança apresente estágios avançados de doenças bucais e necessitar de tratamento endodôntico ou até mesmo de extrações, esta deve ser imediatamente encaminhada para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, e para isso, deve-se enviar uma comunicação aos responsáveis pela criança.

Planilha - monitoramento e avaliação

Arquivo Editar Visualizar Inserir Formatar Dados Ferramentas Complementos Ajuda Todas as alterações foram salvas no Google Drive

Comentários Compartilhar

100% - R\$ % .0 .00 123 - Droid Serif - 11 - Tamanho da fonte

PROJETO					MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO									
SORRIR com SAÚDE					TURMA:									
					PERÍODO:									
					LOCAL:									
					RESPONSÁVEL:									
Nº	Aluno	Possui autorização?	Data do exame inicial	Risco	Dentes com lesão cárie (ICDAS)	Ceo-d	Hábitos (uso de chupeta, dedo)	Encaminhamento UBS	Pai levou?	Opacidade (ICDAS)	Aplicação de Duraphat	Indicação TRA	Aplicação de Duraphat	Indicação TRA
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Itens da Tabela:

- Número
- Aluno
- Possui autorização?
- Data do exame inicial
- Risco
- Dentes com lesão cárie (ICDAS)
- Ceo-d
- Hábitos (uso de chupeta, dedo)
- Encaminhamento UBS
- Pai levou?
- Opacidade (ICDAS)
- Aplicação de Duraphat
- Indicação TRA

Figura 3 - Planilha para construção de indicadores de procedimentos e nível de saúde bucal para monitoramento e avaliação
Fonte: Autores.

CONCLUSÃO

Este livro propõe o desenvolvimento de atividades que visam prioritariamente a prevenção, a educação e a promoção da saúde, dando atenção às necessidades curativas e reabilitadoras. A escola é um espaço social com potencial para criação de hábitos saudáveis, mas para isso é necessário que haja a integração, comunicação e comprometimento de profissionais da saúde, educadores e comunidade, objetivando o desenvolvimento da autonomia da criança e da família, e a conscientização dos pais/responsáveis quanto ao cuidado das crianças.

Vale ressaltar a relevância de se construir um relacionamento profissional entre todos os atores envolvidos neste trabalho, como os funcionários da escola, os profissionais da saúde, as crianças e suas famílias, com o objetivo de criar uma parceria duradoura, de confiança, respeito e harmonia. Esta construção é gradativa, crescente e dinâmica e será consolidada à medida que os resultados são apresentados e discutidos para o aperfeiçoamento do trabalho construído coletivamente.

Em conclusão, as ações intersetoriais são viáveis e necessárias para avançarmos no cuidado integral e na proteção das crianças na primeira infância, visando a qualidade de vida das futuras gerações do país.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

AGUIAR, G. A.; NASCIMENTO, M.; BARKER, G. **Breve panorama sobre a primeira infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Promundo, 2007. Disponível em: <<http://promundo.org.br/recursos/a-primeira-infancia-no-brasil-crianca-da-trabalho/>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Salvador, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

BAELUM, V.; FEJERSKOV, O. O Diagnóstico da cárie dentária: um momento de reflexão a caminho da intervenção. In: FEJERSKOV, O.; KIDD, E.A.M. (Ed.). **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. São Paulo: Ed. Santos, 2005.

BONECKER, M.; OLIVEIRA, L. B.; CORRÊA, M. S. N. P. Abordagem odontológica em bebês. In: GUEDES-PINTO, A. C.; BONECKER, M.; RODRIGUES, C. R. M. D. (Org.). **Odontopediatria**. 8. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010.

BRAGA, M. M. et al. O uso do ICDAS para diagnóstico e

planejamento do tratamento da doença cárie. **Pro-Odonto Prevenção**, v. 5, n. 4, p. 9-55, 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, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, D. M. et al. O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 139-149, 2010.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996.

FRENCKEN, J. et al. **Manual for the Atraumatic Restorative Treatment approach to control dental caries**. Groningen: WHO Collaborating Centre for Oral Health Services Research, 1997. Disponível em: <https://www.medicalmissions.com/learn/resources/attachments/99/ART_Manual_English.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

INTERNATIONAL CARIES DETECTION AND ASSESSMENT SYSTEM FOUNDATION (ICDAS). **Guía de referencia rápida ICCMS™ para clínicos y educadores**. 2014. Disponível em: <https://www.icdas.org/uploads/ICCMS_Quick_Reference_Guide_Spanish_Oct_2015_Web.pdf>. Acesso em: 14 out. 2014.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of untreated caries: a

systematic review and metaregression. *Journal of Dental Research*, California, USA, v. 94, n. 5, p. 650-658, 2015. Disponível em:

<<http://journals.sagepub.com.ez79.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/002203451557327>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

MASSONI, A. C. L. T.; PESSOA, C. P.; OLIVEIRA, A. F. B. Tratamento restaurador atraumático e sua aplicação na saúde pública.

Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara, v. 35, n. 3, p. 201-207, 2006.

MONNERAT, A. F. **TRA**: tratamento restaurador atraumático: abordagens clínicas em saúde pública. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MONNERAT, A. F.; SOUZA, M. I. C.; MONNERAT, A. B. Tratamento restaurador atraumático: uma técnica que podemos confiar?

Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 33-36, jan./jun. 2013. Disponível em:

<<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v70n1/a08v70n1.pdf>>.

Acesso em: 20 ago. 2017.

MUSSEN, P. H. et al. Linguagem e comunicação. In: MUSSEN, P. H.; CONGER, J. J.; KAGAN, J. (Org.). **Desenvolvimento e personalidade da criança**. São Paulo: Harbra, 1988. p. 173-209.

PAIVA, S. M.; LIMA, Y. B.; CURY, J. A. Fluoride intake by Brazilian children from two communities with fluoridated water.

Community Dentistry and Oral Epidemiology, Copenhagen, v. 31, n. 3, p. 184-191, 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha Guia de Saúde Bucal**. Curitiba, PR: SESA, 2014.

PITTS, N. B.; EKSTRAND, K. R. International Caries Detection and

Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) – methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 41, n. 1, p. 41-52, 2013.

QUIÑONEZ R. B.; KEELS, M. A.; VANN, Jr. W. F. Early childhood caries: Analysis of psychosocial and biological factors in a high risk population. **Caries Research**, Basel, Suíça, n. 376, p. 376-383, 2001.

SANTOS JR, V.E.; SOUZA, P.R.; ROSENBLATT A. Um recurso para paralisar e prevenir cárie em crianças: diamino fluoreto de prata. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 228-233, 2012.

SEOW, W. K. Biological mechanisms of early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. Suplemento, Copenhagen, v. 26, n. 1, p. 8-27, 1998.

WALTER, R. L. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

WAMBIER, D. S.; DITTERICH, R. G.; PINTO, M. H. B. Tratamento restaurador atraumático na atenção básica. In: MOYSÉS, S. J.; GROISMAN, S. (Org.). **Pro-odonto prevenção**. Porto Alegre: ArtMed, 2008. p. 123-156.

WEATHERWAX, J. A. et al. Exploration of the relationship between parent/guardian sociodemographics, intention, and knowledge and the oral health status of their children/wards enrolled in a Central Florida Head Start Program. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 49-55, 2015.

APÊNDICES

Atenção: você pode fazer o download desses documentos no site do projeto Sorrir com Saúde.

APÊNDICE A

Carta para a Secretaria de Educação solicitando autorização para realização de atividades preventivas, educativas e curativas no Centro de Educação Infantil

Cabeçalho - ÓRGÃO QUE SOLICITA O PROJETO

Cidade, ___ de _____ de ___

Considerando a atuação da equipe IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE, na área de abrangência do Centro de Educação Infantil NOME DO CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL;

Considerando o contato pessoal com a DIREÇÃO do Centro de Educação Infantil e a autorização verbal da parceria com a EQUIPE;

Solicitamos a autorização desta coordenação para que IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE, atue no Centro de Educação Infantil NOME DO CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL no ano de 2015, sob a direção de NOME DA(O) DIRETORA(O) DO CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL, situado no ENDEREÇO COMPLETO, CIDADE/UF. O trabalho será realizado com os cuidadores, pais e crianças deste Centro de Educação Infantil, visando a promoção da saúde bucal, diagnóstico, procedimentos restauradores por meio de restaurações atraumáticas, sob a coordenação do(a) NOME DO RESPONSÁVEL.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos através dos telefones XXXX-XXXX e XXXX-XXXX.

APÊNDICE B

Termo de Autorização

ALUNO: _____ TURMA: _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, **NOME DO RESPONSÁVEL PELO MENOR, IDADE, RG** responsável pelo menor **NOME DO MENOR** autorizo a participação de um trabalho realizado pela **NOME DA EQUIPE**,, cujos objetivos serão avaliar a saúde bucal de todas as crianças de até 5 anos de idade e realizar o tratamento preventivo e curativo, além do desenvolvimento de atividades educativas e recreativas com o foco em saúde bucal.

Além disso, recebi a informação de que o menor receberá tratamento odontológico, quando necessário, que será realizado no **NOME DO Centro Educação Infantil**, por profissional capacitado que atue na unidade de saúde. Em casos avançados da doença cárie, os pais serão notificados e a criança encaminhada para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo a participação do menor acima, e assino a presente autorização.

CIDADE, ____ de _____ de 20__ .

NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO MENOR

NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

APÊNDICE C

Ficha de Avaliação Clínica

Data: __/__/__

ODONTOGRAMA INICIAL - ICDAS

Urgência

—

Nome da criança: _____

Examinador: _____

Anotador: _____

ceo-d

ceo-d

ICDAS

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

ODONTOGRAMA FINAL - ICDAS

Examinador: _____

Anotador: _____

ceo-d total

ceo-d

ICDAS

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Hábitos Deletérios: () Sim () Não

Aspecto da mordida: () Normal () Alterada (especificar) _____

Observações/necessidades de outros cuidados (especificar): _____

APÊNDICE D

Materiais utilizados no Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)

Exame:

Pinça clínica, espelho clínico, sonda clínica.

Preparo cavitário:

Holleback 3S, opener (incluso no KIT ART), colher de dentina (de pelo menos três tamanhos diferentes), recortador de margem gengival;

Inserção de material:

Aplicador para cimento de hidróxido de cálcio, espátula nº 1, porta matriz para cavidades complexas, matriz parcial metálica (para cavidades classe II), cunha de madeira (para cavidades classe II, III e IV), matriz de poliéster (para cavidades classe III e IV), tesoura;

Remoção de excessos:

Holleback 3S

Manipulação do material restaurador:

Espátula de plástico, bloco de papel

Material de consumo:

Equipamento de proteção individual (gorro, máscara, óculos e luvas descartáveis), rolos de algodão, bolinhas de algodão, ácido poliacrílico 10% (normalmente é usado o próprio líquido do ionômero para o tratamento da dentina), cimento de ionômero de vidro de Alta Viscosidade, cimento de hidróxido de cálcio (para proteção de cavidades mais profundas), formocresol (para eventuais exposições acidentais em dentes decíduos), vaselina, Fio dental, hidróxido de cálcio P.A., microbrush, espátulas de madeira, copos descartáveis de café (para água), tiras de papel carbono, papel Kraft para "bancada"

APÊNDICE E

Técnica clínica do Tratamento Restaurador
Atraumático e principais cuidados

Passo a passo utilizando um cimento de ionômero de vidro convencional

1. O paciente é posicionado sobre a mesa com colchonete, para proporcionar conforto e posicionamento adequado em relação ao operador. Uma luz auxiliar portátil pode ser utilizada para melhorar a visualização em todas as etapas do tratamento.
2. Faz-se a limpeza dos dentes com gaze umedecida.
3. Isola-se o campo operatório com rolos de algodão, para promover melhor visualização e acesso. Estes rolos devem ser trocados periodicamente para prevenir contaminação da cavidade.
4. A escavação é realizada com o auxílio de colheres de dentina. Se a abertura da cavidade não for suficientemente extensa, uma ampliação deve ser realizada com a utilização do Holleback 3S ou o instrumento alargador de cavidade "Opener" (Figura 4), removendo-se o esmalte desmineralizado e sem suporte para melhorar o acesso e visualização da lesão. Nesta fase, a dentina amolecida é removida primeiramente das paredes circundantes e da junção amelodentinária e depois da parede pulpar, com extremo cuidado.
5. Deve-se preparar a cavidade realizando o acabamento do ângulo cavo superficial com instrumentos cortantes manuais de forma a manter um ângulo nítido e sem bisel, de modo a proporcionar uma espessura adequada de ionômero nas margens.
6. Limpa-se a cavidade com bolinhas de algodão embebidas em água, para remover debris e visualizar a dentina escavada.

7. Condicionam-se as paredes da cavidade e as fissuras adjacentes utilizando-se ácido poliacrílico, aplicado com uma bolinha de algodão de forma ativa, por dez segundos; em seguida, se faz a lavagem do ácido com uma bolinha de algodão embebida em água, por duas vezes, e seca-se a cavidade com uma bolinha de algodão seca, até que todo excesso de água seja removido.

IMPORTANTE: Em casos de cavidades compostas e complexas que envolvam faces mesial e/ou distal, depois de realizado o condicionamento e antes da inserção do material, devem-se utilizar matrizes de poliéster ou de metal e cunhas de madeira para se alcançar a forma e adaptação adequadas da restauração e manter a matriz sob compressão durante o endurecimento do cimento de ionômero de vidro convencional.

9. Manipula-se o material seguindo-se as instruções e as proporções de pó e líquido recomendados pelo fabricante.

10. Divide-se a porção de pó ao meio, espalha-se a gota do líquido no bloco de manipulação e aglutina-se o pó ao líquido em duas etapas totalizando 15-20 segundos de manipulação, para se obter uma mistura homogênea e brilhante. Utiliza-se o bloco impermeável de manipulação que vem no kit do material e uma espátula plástica de ponta fina e flexível.

11. A inserção do material na cavidade é realizada em pequenas porções, e pode ser utilizada a parte convexa das colheres de dentina ou espátula de inserção número 1. Cuidados durante a inserção do material são importantes para garantir contato com a parede de fundo e debaixo das cúspides socavadas e prevenir a inclusão de bolhas na restauração. O material também deve ser inserido nas fissuras adjacentes e

com ligeiro excesso, a fim de promover o selamento das fissuras que não foram englobadas na restauração, obter uma superfície lisa e facilitar a remoção dos excessos.

12. Com o dedo enluvado e vaselinado, o operador pressiona o material na cavidade por um período de pelo menos um minuto para promover o selamento de fissuras adjacentes, melhorar a adaptação do material às paredes cavitárias e reduzir a inclusão de bolhas no corpo da restauração.

13. A matriz deve ser removida no sentido vestibulo-lingual. Não se deve remover a matriz precocemente e com movimentos intempestivos para não comprometer a adesão.

14. Não se deve contaminar a restauração com umidade ou permitir o seu ressecamento logo após a remoção da matriz e é preciso aplicar vaselina sobre a restauração, removendo os excessos com bolinha de algodão.

15. Os excessos do material restaurador são removidos com o auxílio de instrumental. Se houver pontos de contato prematuros, usar a colher de dentina ou espátula Hollembach 3S e repetir o procedimento até eliminá-los.

16. Deve-se orientar o paciente a não ingerir nenhum tipo de alimento na primeira hora seguinte à realização da restauração.

Cuidados para o armazenamento dos cimentos de ionômero de vidro:

Armazená-los em local fresco e seco, à temperatura ambiente. Manter sempre bem fechado o frasco que contém o pó, para evitar a entrada de umidade.



Figura 4 - Instrumento manual conhecido como “opener” utilizado na técnica TRA.

AUTORES

mitsue FUJIMAKI

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de São Paulo, mestrado em Biologia Patologia Buco Dental pela Universidade Estadual de Campinas e doutorado em Odontologia, na área de Cariologia na pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente é professora associada do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, na área de Saúde Coletiva. Atua nas seguintes linhas de pesquisa: terapia fotodinâmica, fluoreto, prevenção de doenças bucais, formação de recursos humanos e gestão em saúde. Além disso, coordena projetos de extensão em escolas e pré-escolas nos municípios de Maringá, Sarandi e Marialva e o Curso "Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal" em municípios do Estado do Paraná.

JOSELY EMIKO UMEDA

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Maringá, mestrado em Ciências Biológicas (Microbiologia) pela Universidade de São Paulo, doutorado em Ciências Biológicas (Microbiologia) pela Universidade de São Paulo com bolsa doutorado sanduíche em University of Louisville (EUA) e Pós-doutorado em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá.

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Maringá e cursou Residência em Saúde Coletiva e da Família na Universidade Estadual de Maringá.

**MATHEUS
CAVASSANI PEREIRA**

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Uberaba, especialização em Dentística Restauradora pela Associação Maringaense de Odontologia, especialização em Odontopediatria pela Associação Odontológica Norte do Paraná e mestrado em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá.

**MÁRCIA
FALLEIROS EVANGELISTA DA ROCHA**

Este livro tem como objetivo servir de guia prático a trabalhadores da saúde bucal que desejem iniciar atividades coletivas para o controle da cárie dentária e promoção de saúde bucal em ambiente escolar e acreditam na educação como ferramenta para o desenvolvimento de hábitos saudáveis na infância que repercuram por toda a vida.



ISBN 978-85-52901-00-6



9 788552 901006

