



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

UFMG

## **PLANO DE INTEVENÇÃO PARA A PROTEÇÃO CONTRA A CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

São Francisco – MG

2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

UFMG

**PREFEITO DE SÃO FRANCISCO**

EVANILSO APARECIDO CARNEIRO (VEIM)

**VICE-PREFEITO**

NORMALDO CARLOS FIUZA DE MATOS

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

RENATO CARLOS CESAR DE LIMA

**COORDENADORA MUNICIPAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

GABRIELLA LACERDA GUIMARÃES

**REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL**

PRISCILA ALMEIDA RODRIGUES



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

UFMG

---

## COLABORADORES

Profa. Dra. Lívia Zina Guimarães

Profa. Dra. Janice Simpson de Paula

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



## APRESENTAÇÃO

O presente documento objetiva apresentar uma proposta de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal reorientando as ações direcionadas às crianças de zero a cinco anos de idade do município de São Francisco, Minas Gerais. A Secretaria Municipal de Saúde assume o compromisso de reduzir a incidência de cárie dental, e outros agravos da saúde bucal, abordando integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e de equidade para garantia da saúde bucal. Ela tem como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como o fortalecimento do binômio mãe-filho, devidamente articulado com os serviços de saúde e com ações intersetoriais.

Esse manual tem origem nas discussões dos resultados da pesquisa “Fatores associados à ausência de cárie dentária em crianças na primeira infância” realizada no município de São Francisco com a colaboração da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. A pesquisa permitiu determinar o diagnóstico de saúde bucal das crianças de 5 anos, com base em pré-requisitos da Organização Mundial de Saúde (OMS), avaliados de acordo com dados socioeconômicos, ambientais, psicossociais, comportamentais e biológicos. O acesso ao serviço e os aspectos de promoção de saúde das pré-escolas também foram abordados na pesquisa, permitindo a identificação de lacunas e potencialidades a serem consideradas das ações.



---

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVOS .....	10
3 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	11
4 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS BUCAIS .....	16
5 CONCLUSÃO .....	21
REFERÊNCIAS.....	22



## 1 INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde, área de atuação da saúde coletiva, é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013), em que diferentes estratégias e tecnologias são incorporadas às ações de saúde pública (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a vigilância à saúde tem o objetivo de articular o conhecimento de diversos segmentos, buscando a construção da qualidade de vida com base na promoção de saúde. Considerando que a abordagem deve estar orientada para reduzir as desigualdades sociais, as ações intersetoriais de promoção de saúde visam à melhoria das condições gerais de vida e saúde das populações (BRASIL, 2008).

Assim, as ações das equipes de saúde bucal voltadas para primeira infância devem estar fundamentadas na vigilância em saúde e na promoção da saúde, prioritariamente articuladas com diversos profissionais e com outros setores/serviços envolvidos com os direitos das crianças. Para isso, os princípios da Atenção Primária à Saúde devem ser norteadores de processo, tais como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Dentre os problemas de saúde bucal, a cárie dentária ainda é considerada um grande desafio para a saúde pública em muitos países, embora tenha sido observado um declínio global no último século (PETERSEN *et al.*, 2005). Contudo, altas taxas de prevalência ainda são encontradas em crianças aos cinco anos de idade, e até mesmo um ligeiro aumento dessas taxas em alguns países (FREIRE *et al.*, 2013; LAGERWEIJ & VAN LOREVEN, 2015).

No Brasil, o último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado mostrou que apenas 46,6% das crianças brasileiras com cinco anos de idade estão livres de cárie dentária (BRASIL, 2011). No estado de Minas Gerais, segundo os resultados encontrados no SB Minas Gerais – inquérito epidemiológico realizado no estado de Minas Gerais em 2012 – os resultados são semelhantes aos encontrados no Brasil e na macrorregião Sudeste, com uma porcentagem de



50,5% de crianças livres de cárie aos cinco anos (MINAS GERAIS, 201). E, de forma semelhante, no município de São Francisco, os dados encontrados a partir da pesquisa “Fatores associados à ausência de cárie dentária em crianças na primeira infância”, mostram que apenas 41,7% das crianças de cinco anos matriculadas nas pré-escolas municipais encontram-se livres de cárie dental. Estes resultados, porém, estão aquém do que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como meta referente aos cinco anos de idade para o ano de 2020, correspondendo à uma proporção mínima de 50% de crianças livres de cáries.

A cárie dentária é uma condição multifatorial cuja prevenção não pode ser baseada apenas no enfoque biológico individual, pois sua redução exige uma compreensão mais abrangente dos fatores que influenciam a saúde bucal das crianças (COSTA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013; PETERSEN, 2005).

Considerando o modelo de determinação da cárie dentária em crianças (FISHER-OWENS *et al.*, 2007), é importante entender a saúde infantil como resultado de vários fatores relacionados à qualidade de vida, como adequação das condições alimentares e nutricionais, trabalho e educação dos pais, habitação e saneamento, ambiente físico saudável e apoio social para famílias.

É necessário, ainda, compreender que para promover saúde é deve-se pensar em saúde, e não em doença, uma vez que os fatores de promoção da saúde são diferentes daqueles que modificam o risco para doenças específicas (GARCÍA-MOYA; MORGAN, 2017; SILVA *et al.*, 2008).

Assim, medidas para prevenir a cárie na infância necessitam ter uma abordagem mais ampla e devem levar em consideração fatores relacionados ao ambiente familiar, com ênfase no contexto social e emocional em que os comportamentos de saúde dos indivíduos são desenvolvidos e mantidos (DUIJSTER *et al.*, 2013). É importante aprofundar o entendimento dos diferentes mecanismos associados à experiência de cárie dental, identificar quem são os indivíduos vulneráveis e planejar medidas preventivas eficazes. Além disso, a identificação dos fatores protetores, ou seja, associados à ausência de cárie dentária, são importantes tanto no reforço de ações bem sucedidas quanto no direcionamento de ações adequadas aos grupos vulneráveis.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral:

- Propor às equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde de São Francisco um modelo de acompanhamento (promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal) ao grupo de crianças de 0 a 5 anos de idade.

### 2.2. Objetivos específicos:

- Captar e estratificar todas as crianças desta faixa etária moradoras em área de abrangência das Equipes de Saúde Bucal;
- Acompanhar (de acordo com a estratificação prévia) 100% das crianças menores de cinco anos com cadastro definitivo na Unidade de Saúde;
- Monitorar todas as crianças desta faixa etária que sejam de risco para as doenças bucais de acordo com a estratificação;
- Disponibilizar ferramentas para aprimorar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal;
- Induzir as seis equipes de saúde bucal a uma padronização mínima de atendimento;
- Fortalecer as ações intersetoriais (educação, saúde, assistência social, urbanismo) para promover ações que possam criar ambientes saudáveis;
- Fortalecer as ações de acompanhamento de forma multiprofissional entre os diversos membros das Equipes de Saúde da Família.





### 3 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O acompanhamento odontológico a este grupo priorizado deve seguir os seguintes princípios organizacionais:

- **Autocuidado apoiado** – tem por objetivo apoiar os usuários – neste caso, os responsáveis pelas crianças – no processo de gerenciamento da sua própria saúde com avaliações, planos de cuidado e metas a serem alcançadas; além da organização dos recursos disponíveis nas Unidades de Saúde e na comunidade;
- **Estratificação de risco** (específico para a Atenção Programada) – estratégia que busca identificar as necessidades de todo o grupo e direcionar a força de atenção à saúde aos usuários que mais precisam. A identificação de grupos com necessidades semelhantes irá facilitar organização da atenção;
- **Classificação de risco** (específico para a Atenção Espontânea): estratégia que visa identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica ou grau de sofrimento.
- **Estabilização da doença/lesão** – estratégia de controle às doenças bucais que permite reverter mais rapidamente a condição de saúde bucal dos usuários.
- **Identificação/Reforço de fatores protetores** – estratégia de valorização das estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais, por meio da identificação dos comportamentos ou ações comuns aos grupos saudáveis e estímulo à reprodução em todos os grupos de risco.

#### 3.1 A equipe de saúde bucal nas ações de Puericultura

As ações de cuidado no primeiro ano de vida previstas nas Unidades de Saúde da Família devem acontecer no contexto multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário. O intuito é que essas ações não ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem, uma vez que a saúde bucal não pode ser considerada uma entidade independente da saúde geral. Este trabalho multiprofissional deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança.



Os cuidados nesta fase apresentarão reflexos em toda a vida futura da criança. O crescimento e desenvolvimento físico, as aptidões sociais e intelectuais são altamente influenciados pela qualidade destes cuidados oferecidos pelos pais e cuidadores e pelos profissionais de saúde. Neste contexto, a equipe odontológica pode influenciar hábitos bucais e dietéticos mais apropriados, dando assistência e controlando a saúde bucal da futura mãe e também orientando para a promoção da saúde bucal do bebê e da família.

### *3.1.1 A Primeira Consulta Odontológica*

O cirurgião-dentista deverá realizar o primeiro exame bucal do recém-nascido para avaliação da higidez dos roletes gengivais e a detecção de alguma anomalia (nódulos, pérolas e cistos). Observar as características do freio lingual e avaliar a necessidade ou não de sua remoção, como nos casos de anquiloglossia. Se for muito curto e dificultar a amamentação, a remoção deverá ser feita preferencialmente nos primeiros trinta dias de vida.

#### **PONTOS IMPORTANTES:**

- A primeira consulta odontológica deverá ser iniciada nos primeiros dias de vida do bebê, programada para até 30 dias após o nascimento.
- Quando na impossibilidade do exame bucal ser realizado na consulta de puerpério, o cirurgião-dentista poderá realizar visita domiciliar ao recém-nascido (RN) e sua nutriz, acompanhado do Agente Comunitário de Saúde.
- Durante a primeira consulta odontológica do RN, a equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal) deverão fornecer informações aos pais sobre: aleitamento materno, hábitos dietéticos, hábitos de sucção não-nutritiva, higienização bucal, cuidados para evitar acidentes, importância dos dentes decíduos, cronologia de erupção, e a importância das consultas de manutenção preventiva, e, quaisquer outras dúvidas dos responsáveis pelas crianças.
- Após a primeira consulta, a equipe de saúde bucal fará uma programação de visitas periódicas para a criança, em função de seu perfil de risco. Essa programação deve ser articulada com os demais profissionais de saúde da família, para otimizar o tempo e proporcionar cuidado integral.



- **Todas as crianças de cinco anos da área de abrangência deverão ter tido, no mínimo, seis consultas odontológicas.**
- A equipe de saúde bucal deverá capacitar os diversos profissionais da equipe de saúde, para que além de encaminhar a criança para a consulta odontológica, toda a equipe de saúde esteja apta a dar informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre a saúde bucal das crianças.

A primeira consulta de puericultura é a oportunidade que a equipe odontológica, em conjunto com a equipe de Saúde da Família, tem para contribuir com o estabelecimento de uma melhor saúde bucal para as crianças sob sua responsabilidade. Significa buscar ativamente a população de 0 a 36 meses e realizar acompanhamento sistemático e adequado para cada situação biológica ou social.

Para tanto, é de extrema importância que nessa primeira consulta, o cirurgião-dentista consiga realizar uma estratificação de risco baseada na estrutura familiar, saúde geral da criança, hábitos de higiene bucal materna.

A seguir, abordaremos um roteiro para a realização da primeira consulta odontológica e os assuntos a serem abordados, assim como a estratificação de risco da criança e sua família.

## **ROTEIRO PARA CONSULTA DE ODONTOPUERICULTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO FRANCISCO**

Os recém-nascidos deverão ter a sua primeira consulta odontológica agendada entre 0 a 30 dias após o nascimento. No dia da consulta, a equipe de saúde bucal deverá:

### 1) Acolher:

- Cumprimentar a mãe /acompanhante.
- Esclarecer o motivo/importância da consulta.
- Realizar a escuta qualificada, observando outros fatores para além da saúde bucal que podem ser relatados pela mãe e trabalhados junto com equipe de saúde ou em ações intersetoriais.

### 2) Perguntar:

*História gestacional e puerperal*



- Qual a sua ligação com a criança? (para verificar se a acompanhante é a mãe da criança).
- Qual é a sua idade? Como foi a sua gestação? Durou quantas semanas? Qual tipo de parto? Houve problemas?
- Como foi seu puerpério (também chamado de pós-parto, corresponde ao período entre a dequitação até que os órgãos reprodutores da mãe retornem ao seu estado pré-gravídico, podendo ir de 6 a 8 semanas até 6-8 meses)? Você se sentiu deprimida? Teve dificuldades para cuidar de seu bebê?
- Qual a raça da sua criança? Quanto ela pesou ao nascer? Apresentou algum problema depois do nascimento? Como está agora?

### *História familiar*

- Quem cuida da criança? Você trabalha? Até que ano você estudou?
- Você é casada? Tem outros filhos? Quem mora na sua casa? Quantas pessoas? Como é a casa que vocês moram? Qual a renda familiar?
- Como é a convivência familiar? (Aplicar o questionário de Coesão e adaptabilidade familiar e o a Escala de Resiliência).

### *Cuidados e Percepção do cuidador*

- A criança está em aleitamento materno exclusivo? Faz uso da livre demanda? Se não, com o que a criança se alimenta? Quantas vezes ao dia? Você usa alguma coisa para limpar a boquinha da criança? O que usa?
- Como é a sua alimentação? Quantas vezes você escova os dentes? O que você usa para limpar os seus dentes?

### 3) Avaliar

- Higidez dos roletes gengivais;
- Detecção de alguma anomalia (nódulos, pérolas e cistos);
- Teste da linguinha e seu resultado. Caso não tenha sido realizado, fazer a avaliação do frênulo lingual e avaliar a possibilidade de presença de anquiloglossia.



A partir das respostas obtidas na primeira consulta odontológica deve-se realizar a estratificação de risco, para orientar o período de interconsultas das crianças.

### *Estratificação de risco*

#### **Alto risco:**

- Mães com baixa escolaridade, adolescentes ou deficientes mental;
- Mães com higiene bucal deficiente;
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis (baixa renda, baixa coesão familiar e resiliência);
- Crianças pardas, indígenas, negras e quilombolas;
- Recém-nascido prematuro e/ou baixo peso;
- Desmame precoce (antes do sexto mês), desnutrição e introdução precoce de alimentos além do leite materno.

#### **Baixo risco:**

- Mães com alta escolaridade (> 8 anos), maiores de 18 anos;
- Mães com higiene bucal eficiente;
- Condições ambientais, sociais e familiares favoráveis (maior renda, alta coesão familiar e resiliência);
- Crianças brancas;
- Nascimento com 38 semanas ou mais, e/ou peso normal (> 2 500 g)
- Aleitamento materno exclusivo até o sexto mês

As crianças classificadas como alto risco deverão ter suas consultas odontológicas programadas para ocorrerem semestralmente, até completarem cinco anos idade. Deverão ocorrer visitas domiciliares regulares dos profissionais de saúde para melhor compreensão da dinâmica familiar e fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários. As mães deverão participar de grupos de promoção da saúde, onde deverão ser abordados diversos fatores para o fortalecimento



de escolhas saudáveis, tais como aspectos psicossociais, entendimento do binômio mãe-filho, aspectos práticos de coesão familiar e resiliência, empoderamento feminino, entre outros.

Aquelas classificadas como baixo risco deverão ser acompanhadas regularmente, com uma consulta odontológica programada anualmente, conforme a Política Nacional de Saúde Bucal. O profissional deve estar atento as peculiaridades do grupo de baixo risco que possam ser reproduzidas no grupo de alto risco. Considerar inclusive a possibilidade de integração entre mães dos grupos de alto e baixo risco em rodas de conversa, para troca de experiências.

### *3.1.2 Consulta preventiva de manutenção*

A equipe odontológica deverá realizar o agendamento das crianças para as consultas programáticas/ de manutenção semestralmente ou anualmente, conforme a estratificação de risco.. Deve-se sempre realizar uma anamnese criteriosa para identificação dos hábitos dietéticos (tipos de alimentos introduzidos na alimentação da criança, frequência e padrão de consumo de açúcar), hábitos de sucção não-nutritiva (frequência, intensidade e duração do hábito) e hábitos de higiene bucal, avaliação da cronologia de erupção dos dentes decíduos.

## **4 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS BUCAIS**

Definem-se ações preventivas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência (casos novos) e prevalência (casos existentes) na população. É possível desenvolver as ações de prevenção no âmbito individual e/ou coletivo e em diferentes ambientes como unidades de saúde (trabalho da equipe multiprofissional de saúde junto aos grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar, sala de espera), nos domicílios, creches, escolas, associações e outros espaços e/ou equipamentos sociais.

A prevenção é um componente importante da promoção da saúde e representa uma dimensão que deve ser objeto do trabalho contínuo das ESF. Todos os conceitos, princípios e valores do SUS devem ser transformados em ações concretas no território local. As estratégias



devem abordar o trabalho com Fatores Comuns de Risco (FCR) e Fatores Comuns de Proteção (FCP) às várias doenças da cavidade bucal. Seguem abaixo os eixos da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos e sugestões de ações práticas.

#### *4.1 Matriciamento e capacitação dos profissionais da saúde:*

A equipe odontológica, em parceria com a Coordenação de Saúde Bucal e Coordenação da Atenção Primária à Saúde, deverá estimular a realização de matriciamento dos casos mais complexos e propor momentos de capacitação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, para que estes sejam também capazes de orientar os pais das crianças sobre aleitamento materno, cronologia de erupção dos dentes, hábitos de sucção não-nutritiva, hábitos dietéticos, hábitos de higiene bucal, entre outras situações possíveis.

Os profissionais das equipes de saúde da família também deverão ser capazes de identificar sinais de doença e intercorrências na cavidade oral, e encaminhá-las, devidamente, para o atendimento da equipe de saúde bucal.

#### *4.2 Grupos de educação em saúde*

A equipe odontológica deverá ter contemplada em sua agenda a realização de grupos de Educação em Saúde, com o objetivo de construir com às gestantes acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família informações pertinentes sobre a saúde bucal do bebê.

É a oportunidade que equipe odontológica terá de contribuir para o fortalecimento de hábitos saudáveis para as gestantes e para as crianças, assim como, identificar características culturais e socioambientais desse grupo que possam impactar positiva ou negativamente sobre a saúde bucal das crianças. Para isso, estratégias adequadas de educação de saúde precisam ser consideradas, visando sempre a troca de saberes e experiências entre os participantes, de forma dialógica, com garantia de adequações das orientações à realidade de cada um.

É importante que os grupos aconteçam de maneira multiprofissional, para que diversos profissionais possam compartilhar o seu conhecimento e sua prática. Portanto, os grupos devem ser agendados para abordagem de temas comuns entre os profissionais da equipe. Não é recomendado a instituição de grupo de educação em saúde exclusivamente para discutir o tema



saúde bucal. As informações sobre saúde bucal devem ser incluídas em outros assuntos de saúde geral, nutrição, imunização etc.

#### *4.3 Programa Saúde na Escola*

O Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em setembro de 2008, é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação que tem o objetivo de reforçar a prevenção a saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas.

Dentre o conjunto de 12 ações mínimas que devem ser realizadas por profissionais de saúde e educação no ambiente escolar, a equipe odontológica deverá planejar as ações de prevenção de saúde bucal e alimentação saudável. Apresentaremos a seguir, algumas ferramentas para as ações em ambiente escolar.

##### Ferramenta nº 1 – Capacitação de profissionais da educação

A Equipe de Saúde Bucal deverá realizar capacitações com profissionais da escola para que estes possam abordar devidamente temas relacionados à Saúde Bucal no cotidiano escolar e nos conteúdos trabalhados com os alunos, tais como: alimentação saudável, importância da higiene bucal, orientações sobre hábitos dietéticos, prevenção de acidentes, entre outros.

A capacitação dos profissionais da escola também é necessária para que o monitor/apoio e ou professor(a) possam orientar e acompanhar a escovação dentária dos alunos (quando estiverem disponíveis os kits de higiene bucal, ou quando os alunos levarem suas escovas). Este momento deve ser aproveitado para capacitar o monitor para acompanhar e monitorar posteriormente a escovação diária, porque alguns cuidados precisam ser tomados em relação à quantidade de pasta dental, movimento de escova, cuidados especiais com a faixa etária infantil e controle de biossegurança. É um momento oportuno para que discutam a melhor forma de desenvolver esta ação, principalmente em relação ao fluxo que precisa ser criado para a escovação diária.

##### Ferramenta nº 2 – Educação em Saúde para os pré-escolares

A equipe odontológica buscará desenvolver atividades que aprimorem o conhecimento sobre a saúde bucal dos pré-escolares, para assim, ajudar na construção de hábitos saudáveis,





apoiando-os na conquista de sua autonomia e autocuidado, de forma integrada com outras áreas, para o despertar ao autocuidado com a saúde bucal

Essas ações poderão ser desenvolvidas na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Poderão ser realizadas pela Equipe de Saúde Bucal ou equipe de educação após planejamento e orientação.

### Ferramenta nº 3 – Escovação dental supervisionada

A melhor efetividade da principal ação de promoção de saúde bucal para os pré-escolares é formar o hábito de escovar os dentes diariamente afim de prevenir o desenvolvimento de doenças bucais prevalentes, como a cárie dentária, através do controle continuado de placa bacteriana pelo próprio pré-escolar com supervisão, adequando a higienização à motricidade do indivíduo.

Implantar a escovação diária em todas as pré-escolas é meta importante e prioritária. A implantação é de competência da Equipe de Saúde Bucal em conjunto com a escola (diretoria/professores), identificando os equipamentos que tenham interesse e condições para realizar a higiene bucal diária.

Recomenda-se a equipe odontológica:

- Construir um planejamento em parceria com a escola (diretoria/professores) para realização da escovação supervisionada;
- Discutir com a escola (diretoria/professores) a possibilidade da implantação da escovação diária no equipamento (EM CASO POSITIVO, identificar quais as pessoas que acompanharão a escovação e capacitá-las quanto a técnica de escovação, quantidade de dentífrício recomendado, quem deve dispensar o dentífrício, consequências do excesso de Flúor);
- Verificar estrutura física dos banheiros (pias com altura adequada ao público alvo, presença de espelhos, luminosidade);
- Verificar onde e como as escovas de dente serão armazenadas (se no local ou serão levadas e trazidas todos os dias);
- Verificar qual o melhor horário da escovação para os envolvidos;
- Sugere-se que a realização diária da escovação aconteça uma vez ao dia nos escolares que permanecem um turno na escola, e duas vezes ao dia nos escolares que permanecem horário integral;



- Disponibilizar, quando possível, kit de higiene bucal (Escovas dentárias, cremes dentais fluoretados e fio dental) aos escolares para a realização da escovação supervisionada;
- Supervisionar a Escovação Dental, no mínimo, mensalmente.

#### Ferramenta nº 4 – Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal

O levantamento de necessidades em saúde bucal dos escolares deverá executado em todas as Instituições de ensino públicas (Escolas Municipais, Escolas Estaduais, Centros Municipais de Educação Infantil – CEMEI) da área de abrangência da unidade básica de saúde. Esta ação é um procedimento coletivo que deverá ser realizado anualmente no espaço da pré-escola pela Equipe de Saúde Bucal de referência de cada instituição, que tem por objetivo identificar os pré-escolares com necessidades e encaminhá-los para atendimento odontológico individual no Unidade de saúde de referência da família do escolar.

Também por meio do levantamento será possível identificar as crianças livres de cárie e induzir que ações de reforço e educação por pares sejam realizadas. Por exemplo, identificar características comuns entre essas crianças e reproduzi-las no grupo de risco, ou ainda incentivar o empoderamento desse grupo (alguns alunos podem se tornar auxiliares dos monitores ou “detetives da saúde”, com objetivo de ressaltar a ações de saúde dentro da escola e direcionar o planejamento para fatores de proteção).

#### Ferramenta nº 5 – Recuperação da saúde bucal

A recuperação da saúde bucal trata-se de ações individuais que deverão ser realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) preferencialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e compreenderão o diagnóstico e tratamento de doenças, visando deter a progressão destas, especialmente a cárie dentária, e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes, nas crianças identificadas no Levantamento de Necessidades de Saúde Bucal.

Para alcançar este objetivo, as ESB devem prestar um atendimento integral a esses pré-escolares, e aquelas crianças classificadas como alto risco, priorizando procedimentos conservadores e de mínima intervenção, fundamental à recuperação da saúde das crianças.



Para as crianças com alta prevalência de cárie, identificadas no Levantamento de Necessidades, poderá ser realizado o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA). Essa técnica dispensa o uso de instrumentos rotatórios e utiliza o Cimento de Ionômero de Vidro de alta viscosidade (CIV) como material restaurador (a grande vantagem desse material é a liberação de flúor constante, mantendo baixas concentrações do produto no meio bucal, controlando a cárie.). É uma técnica complementar aos programas educativo-preventivos. Considera-se de máxima prevenção e mínima intervenção, pode ser entendida como uma abordagem coletiva para redução da infecção bucal até posterior vinculação ao agendamento programado na unidade de saúde.

No nível da atenção primária, as crianças deverão receber os procedimentos básicos como profilaxia, aplicação tópica de flúor, restaurações, exodontias. No entanto, ainda não é possível para o município o referenciamento para a Atenção Secundária das crianças que necessitem de encaminhamento.

## 5 CONCLUSÃO

Apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde (SUS) existem desafios que devem ser enfrentados, pois impactam diretamente na saúde das crianças. Por isso, foi elaborado este Plano de Intervenção que busca ajudar na superação desses problemas através da reorganização do processo de trabalho centrado na recuperação e manutenção da saúde bucal da criança. Esperamos que seja um instrumento efetivo para o alcance da atenção integral à saúde e do pleno desenvolvimento das crianças, através do fortalecimento dos indivíduos e da orientação para escolhas e ambientes saudáveis. O sucesso, porém, depende de todos, gestores, profissionais de saúde, profissionais de educação, famílias e sociedade.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 1.378/2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2002.

PETERSEN PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Aug;33(4):274-9.

FREIRE MCM, REIS SCGB, FIGUEIREDO N, PERES KG, MOREIRA RS, ANTUNES JLF. Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. Rev. Saúde Pública. 2013 Dec; 47 (3):40-49.

LAGERWEIJ MD, VAN LOVEREN C. Declining Caries Trends: Are We Satisfied? Curr Oral Health Rep. 2015;2:212–7.



BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília:, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. SB Minas Gerais: pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira – resultados principais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2013, 73 p.

COSTA SM, MARTINS CC, BONFIM MDE L, ZINA LG, PAIVA SM, PORDEUS IA *et. al.* A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Oct 10;9(10):3540-74

COSTA SM, ABREU MHNG, VASCONCELOS M, LIMA RCGS; VERDI M; FERREIRA EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Cien Saude Colet*. 2013 Feb;18(2):461-470.

FISHER-OWENS SA, GANSKY SA, PLATT LJ, WEINTRAUB JA, SOOBADER MJ, BRAMLETT MD, *et. al.* Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):e510-20.

SILVA AN, MENDONÇA MHM, VETTORE MV. A salutogenic approach to oral health promotion. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(4):521-530.

GARCÍA-MOYA I, MORGAN A. The utility of salutogenesis for guiding health promotion: the case for young people's well-being. *Health Promot Int*. 2017;32(4):723-33.

DUIJSTER D, O'MALLEY L, ELISON S, VAN LOVEREN C, MARCENES W, ADAIR PM, *et. al.* Family relationships as an explanatory variable in childhood dental caries: a systematic review of measures. *Caries Res*. 2013;47(1):22-39.