

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA,

COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE ZERO A OITO ANOS DO

CENTRO DE SAÚDE JARDIM ALVORADA

EUNICE BORGES DA CUNHA

BELO HORIZONTE

2009

EUNICE BORGES DA CUNHA

**SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE ZERO A OITO ANOS DO
CENTRO DE SAÚDE JARDIM ALVORADA**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como um dos pré-requisitos a obtenção do título de especialista

Orientador: Professor Mauro Henrique Nogueira
Guimarães de Abreu

À minha filha Gabriella, presente de Deus,
motivo para superação das dificuldades
encontradas ao longo do caminho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, Fonte da Vida, Inspiração, Criador de todas as coisas.

Aos professores pela disposição e compromisso em ensinar com excelência.

Ao professor Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu, por atuar como ótimo orientador e pela sua paciência e disposição.

A todos que de alguma forma contribuíram para a consolidação deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica.....	10
3.2 Cárie Dentária.....	13
3.3 Prevalência da doença Cárie.....	17
3.4 Educação em saúde bucal.....	18
4 METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
7 CONCLUSÕES.....	31
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
9 ANEXOS.....	33

RESUMO

A boca é um órgão que além de importante para alimentação, tem um papel preponderante no processo de socialização, entretanto, problemas bucais podem acarretar dores, infecções, dificuldades da fala e na mastigação e outros transtornos que comprometem a vida social das pessoas. Populações infantis já apresentam importante prevalência e gravidade de cárie dentária. A doença tem relação com determinados comportamentos dos indivíduos os quais, por sua vez, são determinados pelo meio no qual as pessoas vivem. Desta forma, para se controlar essa doença deve-se considerar o contexto de vida das populações nas abordagens educativas. O presente estudo verificou a prevalência da cárie em crianças de quatro a oito anos de idade do Centro de Saúde Jardim Alvorada e propôs ações educativas a fim de controlar as doenças bucais. Foram avaliadas vinte crianças dentre as quais se observou experiência de cárie. As ações forçaram um grupo de crianças que desenvolvem atividades de arte, com supervisão do Setor de Psicologia. As ações realizadas para reduzir os números de crianças com novas lesões envolveram métodos educativos em conjunto com as mães, em perspectiva de autonomia dos sujeitos e da intersetorialidade. Diante disso, espera-se colaborar para a diminuição de novos casos da doença cárie dentária.

Palavras Chaves: Cárie dentária, Centro de Saúde Jardim Alvorada, Crianças.

DESCRITORES: Cárie Dentária - Prevalência – Saúde Bucal

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem sido observada a tendência de queda nos índices de cárie dentária no Brasil, porém, prevalece ainda alto o índice de cárie em crianças de zero a oito anos e na dentição decídua (Cypriano et al. 1999). A cárie pode não ser prioridade em alguns locais, cidades ou regiões, mas ocorre com bastante frequência e severidade em outros, motivo pelo qual se deve dar maior ênfase para as regiões onde ocorre com frequência, uma vez que essa doença pode levar a perda dos elementos dentários precocemente, ocasionando um desequilíbrio de oclusão gerando consequências graves por toda a vida. Fala-se muito em Educação para a Saúde Bucal, contudo, isto não tem bastado para se observar uma melhora ou evolução significativa no comportamento individual das crianças e de seus responsáveis.

A saúde depende de aspectos do comportamento do indivíduo, os quais são influenciados pelo meio onde a pessoa vive. Levando em consideração esses aspectos, a Unidade Básica de Saúde deve integrar o seu Programa Assistencial às atividades preventivas e educativas que possibilitam alcançar seu objetivo principal, ou seja, uma saúde bucal saudável, harmoniosa e funcional.

Da mesma forma, conhecer as condições de saúde bucais das crianças em idade pré-escolar permite a organização da assistência à saúde bucal e identificar questões a serem abordadas em atividades educativas.

Para além da possibilidade de avançar para a qualificação da saúde bucal na Atenção Primária, é importante discutir a questão da Saúde Bucal na realidade local e incentivar o planejamento de ações nos serviços de saúde.

Os princípios básicos norteadores dessas ações são os dos SUS, da Atenção Primária e da Promoção à Saúde, conforme definições do Manual da Atenção Primária, elaborado pela SES/MG, o qual contém a base conceitual para a elaboração da Linha Guia de Saúde Bucal.

Compete aos atores sociais do Programa Saúde da Família (PSF), desenvolver as possibilidades de atuação dentro desta proposta.

As políticas públicas terão sucesso, na medida em que forem capazes de ter o reconhecimento da população em relação à qualidade dos serviços prestados, para isso é fundamental o dimensionamento da necessidade e a promoção da inclusão social na comunidade local, a fim de promover a melhoria das condições de saúde da população.

É importante a adoção de medidas preventivas e curativas, para controlar as doenças bucais. Cabe aos Centros de Saúde o enfrentamento desta questão com ações bem planejadas e executadas por profissionais qualificados, envolvidos na causa social, com ação intersetorial.

2. OBJETIVOS

Verificar a prevalência da cárie dentária e dimensionar as necessidades de tratamento em crianças de zero a oito anos de idade, residentes no bairro Jardim Alvorada, em Belo Horizonte.

Promover ações preventivas e educativas de Saúde Bucal, em consonância com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Promover a intersetorialidade com outras áreas do conhecimento.

Desenvolver o Projeto de Arte na Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

Estratégia fundamental na construção do SUS, a descentralização pretende promover uma melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país. Visa conferir maior autonomia aos dirigentes e trabalhadores da saúde para, junto com a população, conhecer a realidade e, a partir desse conhecimento, planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, adequadamente e de forma eficaz, aos problemas e às demandas identificadas. A descentralização originou processos de regionalização e de municipalização da saúde.

Com esse processo, alguns conceitos vêm sendo estudados e desenvolvidos no esforço de subsidiar o planejamento e a organização dos serviços de saúde: território, área de abrangência, área homogênea.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto da Saúde, trataram sobre os conceitos de município pólo e micro e macrorregiões assistenciais. Todos eles possuem, como base, o conceito de “território”, que constitui um elemento fundamental à compreensão dos modelos de atenção.

Por território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas

peessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias conformando uma realidade, que, a cada momento, lhe é peculiar e única (SANTOS, 1990).

Esse processo definiu, e vem definindo, ao longo do tempo, uma sociedade com classes sociais diferentes, com diferentes culturas, condições de vida e de acesso aos serviços, inclusive, de saúde, diferenciados.

Essas diferenças geram maiores ou menores oportunidades de as pessoas estarem sadias ou doentes. Geram, ainda, formas diferentes de se sentirem sadias ou doentes (SANTOS, 1990; DONATO, 1990; WERNECK, 1998).

Dessa forma, se a saúde das pessoas, em um dado local e em um dado momento, é determinada pelas diferenças anteriormente citadas, a organização dos serviços de saúde deverá sempre levá-las em conta, para que os diagnósticos (dos riscos e danos), a definição das prioridades e das formas de atuação sejam mais justas, adequadas e eficazes, os serviços não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica quando da ocorrência de doenças. É preciso conhecer onde, em quem, com que frequência e como e por que as doenças ocorrem. É necessário conhecer as condições em que as pessoas acometidas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que determinam condicionam o aparecimento e a manutenção dessas enfermidades.

Na apresentação dos elementos do processo de trabalho, destacamos os objetivos porque funcionam como projeções que norteiam toda a realização dos processos de trabalho. Esses objetivos são formulados por pessoas, grupos,

instituições ou sociedades que atuam, direta ou indiretamente, sobre os processos de trabalho e, por isso, devem ser considerados como seus sujeitos ou agentes.

A Equipe Saúde da Família (ESF) é uma estratégia do Sistema Público de Saúde, desenvolvida, portanto, dentro de um organismo estatal. O Sistema Público de Saúde Brasileiro (o SUS) é estruturado nas três esferas administrativas do Estado nacional: União, Estados e Municípios. Todos os elementos institucionais aí envolvidos, nos diversos níveis, são agentes dos processos de trabalho do ESF, pois, estabelecem objetivos para as atividades das equipes.

As Equipes de Saúde formalmente constituídas são os agentes ou sujeitos grupais imediatos dos processos de trabalho em atenção básica no SUS, dentro da estratégia de saúde da família.

Por se tratar de componente de um sistema público de saúde, a atenção básica realizada pela equipe atende de um modo ou de outro, também a objetivos da população brasileira em seu conjunto, na forma em que ela está organizada. O Estado, que anteriormente foi considerado como agente no nível institucional, tanto serve como mediador como é componente relevante da organização social e, certamente, também tem objetivos específicos que podem ser distintos dos objetivos sociais.

Vale ressaltar que, além disso, conhecimentos, técnicas, valores e padrões de comportamento que se desenvolvem na prática das ESFs são produzidos socialmente. Também sob esse aspecto, a sociedade é agente nos processos de trabalho em saúde.

Cada ESF, por seu turno, deve também atender a objetivos que porventura

sejam postos pela população local e, em muitos casos, essa mesma população, ou parcelas dela, é objeto e agente imediatos nas ações desenvolvidas. Comumente, chama-se a esse subconjunto populacional de comunidade. Deve-se destacar que, também neste nível, conhecimentos, valores e padrões de comportamento são formados, e os membros das ESF com eles interagem, de um modo ou de outro.

A partir dessa interação com a comunidade local dá-se a detecção de risco, o que torna possível o planejamento de ações para o enfrentamento dos problemas levantados. Entre elas, políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais e intervenções específicas também denominadas ações educativas, prevenção, tratamento e recuperação.

3.2 CÁRIE DENTÁRIA

No Brasil, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. A análise destes dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 285 dos adultos e 75 % dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (BRASIL, 2003).

A lesão cariosa é considerada como manifestação clínica de uma infecção

bacteriana. A atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com conseqüente formação da lesão cariogênica. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial. O controle da doença cárie é, portanto, possível através da ação sobre os fatores determinantes, os quais variam entre os indivíduos e entre as diferentes realidades locais.

O uso de dentifrício fluoretado e melhorias na qualidade de vida são considerados os principais fatores de diminuição da prevalência de cárie aos 12 anos de idade nas últimas décadas.

A fluoretação da água de abastecimento é considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária, que atinge toda a população, sem distinção. Em áreas com água fluoretada, a diferença na prevalência de cárie entre classes sociais diminui bastante.

É possível o controle de cárie na superfície oclusal, pois as lesões desenvolvem-se nas paredes laterais das fissuras, local onde há acesso para a remoção de placa e para a ação do flúor. Isso significa que não existe necessidade do uso indiscriminado de selantes.

Considera-se, hoje, que os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes

para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações.

A cárie dentária permanece como doença infecciosa mais comum em crianças estimando-se que, nos Estados Unidos, tenha uma prevalência cinco vezes maior que a da asma e sete vezes maior que a da rinite alérgica. É uma doença que pode ser prevenida e sua prevenção inicia-se no consultório pediátrico.

A cárie é uma doença infecciosa induzida pela dieta e apesar do declínio mundial em todas as idades, em especial pela utilização do flúor, sua prevalência permanece estável na dentição decídua. É considerada uma doença infecto-contagiosa, multifatorial, desencadeada por três atores individuais primários: microrganismos cariogênicos, substrato cariogênico e hospedeiro (ou dente) suscetível. Esses fatores interagem num determinado período de tempo, levando a um desequilíbrio no processo de desmineralização e remineralização entre a superfície dentária e a placa.

Os principais microrganismos causadores da cárie são os estreptococos do grupo *mutans*, especialmente o *Streptococcus Mutans* e o *Streptococcus Sobrinus*. Esses patógenos são capazes de colonizar a superfície do dente e produzir ácidos em velocidade superior à capacidade de neutralização do biofilme em ambiente abaixo do pH crítico (menos que 5,5), permitindo a dissolução do esmalte. O principal reservatório dos estreptococos do grupo *Mutans* é a cavidade oral, e a infecção da criança depende do nível de infecção da mãe ou da pessoa que mais tiver contato com ela. Foram também descritas transmissões horizontais em berçários de creches e intrafamiliares. A gravidade da CLPE está diretamente relacionada à precocidade da instalação dos estreptococos do grupo *Mutans* na criança.

Admite-se que essas bactérias necessitem de superfície não-descamativas para colonizar, porque sua positividade aumenta com o número de dentes erupcionados e com a idade. No período denominado “janela de infectividade”, o qual corresponde à erupção dos incisivos inferiores (seis meses) e dos molares superiores (vinte e quatro meses), há maior aquisição de estreptococos.

Principais fatores de risco:

- Fatores culturais e socioeconômicos;
- Falta de acesso ao flúor;
- Deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana);
- Consumo excessivo e freqüente de açúcar;
- Xerostomia.

A abordagem individual dos usuários que possuem manifestação clínica de atividade dessa doença deve envolver de forma integral as ações educativas, preventivas e clínicas, permeando as seguintes etapas:

3.3 PREVALÊNCIA DA DOENÇA CÁRIE

Nos últimos anos, levantamentos epidemiológicos em vários países têm demonstrado um declínio na prevalência e severidade da doença cárie. Isto pode ser explicado em parte pela maior exposição ao flúor, melhores condições socioeconômicas, maior acesso a atendimento odontológico e maior atuação dos programas educativos em saúde bucal.

A cárie dentária ainda é o principal problema de saúde bucal no Brasil. Apresenta prevalência classificada com “muita alta” nas idades e grupos etário-índices adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). São elevadas as necessidades de tratamento gerando graves consequências sociais e econômicas. Tais afirmações encontram amparo no primeiro estudo de abrangência nacional realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, em pesquisa semelhante levada a efeito, em 1993, pelo Serviço Social da indústria (SESI). Nessas duas investigações, de Base nacional, foram obtidas informações relativas à idade-índice de 12 anos, preconizada pela OMS. No estudo de 1986, cujos dados tiveram origem em trabalho de campo realizado em 16 capitais, o índice CPO-D, utilizado para medir o ataque de cárie a dentes permanentes, registrou o valor 6,7 para 12 anos. Na investigação do SESI, de 1993 (PINTO, 1996), o valor do CPO-D aos 12 anos foi 4,9. A Pesquisa abrangeu capitais e cidades do interior em 22 Estados, contemplando todas as cinco macrorregiões brasileiras. Segundo essas investigações, a prevalência de cárie dentária está caindo no Brasil, tomando-se como referência o país como um todo. Há necessidade, contudo, de se aprofundar e detalhar o conhecimento sobre as causas,

a distribuição e a evolução da prevalência da cárie dentária no território brasileiro.

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O principal objetivo da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. É importante fornecer-lhes instrumentos, apoio e orientação para que se torne independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde sempre que considerar necessário. Eles deverão ser estimulados a saírem do estado de passividade para atuarem de forma autônoma, participativa, sendo colaboradores e agentes de sua própria saúde.

O processo de abordagem em Saúde Bucal deve promover mudanças de comportamentos que conduzam à saúde.

Alguns fatores devem ser considerados:

- A complexidade do processo de mudança de hábito;
- O respeito à individualidade e a contextualização nas diversas realidades;
- O respeito à cultura local;

- A ética;
- A autopercepção da saúde bucal;
- A reflexão sanitária

As ações educativas podem focar a população ou podem ser feitas de forma coletiva a partir da definição de grupos baseadas em necessidades locais e/ou facilidade de adesão do grupo selecionado

O foco pode também ser nas famílias, na rotina do trabalho do SACS, ou com base na definição de risco ou da identificação da necessidade de se trabalhar o núcleo familiar como um todo, a partir de casos individuais.

As ações educativas devem ser bem planejadas em conjunto com a equipe de saúde.

4. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO

O Projeto Arte da Saúde é uma prática de atenção às crianças e adolescentes em rota de exclusão social. Baseia-se no fortalecimento e resgate da capacidade expressiva deste público, de modo que, ao adquirir segurança e auto-estima, assenhere-se de sua condição de sujeitos, de sua capacidade de predicar e de exercer seus pontos de vista. Tal perspectiva permite um processo de construção da cidadania pelas vias do exercício de talentos e aptidões. Na prática desenvolve atividades capazes de situar essas crianças e adolescentes no convívio comunitário e escolar enquanto atores sociais produtivos, competentes e inevitavelmente comprometidos com a defesa e a afirmação de seus direitos básicos de cidadania.

Seu funcionamento se dá com a formação de pequenos grupamentos, orientados por monitores da própria comunidade, voltados para produção cultural e o desenvolvimento de atividades artísticas. Atividades estas capazes de suscitar nas crianças e adolescentes o desejo da produção e o desafio pelo exercício de suas competências e habilidades. Tal afazer constitui um campo específico de produção e de troca de conhecimentos, um campo de alta densidade afetiva e de reelaboração de projetos individuais.

Além desse dispositivo organizado, que são as oficinas do Projeto, as Unidades de Saúde devem lançar mão de outros dispositivos que já existem na Rede e que fazem

um atendimento à criança e ao adolescente que propiciam também o fortalecimento e resgate da capacidade expressiva deste público. Busca-se com o Projeto Arte da Saúde o fomento a uma nova maneira de lidar com questões do comportamento que não seja “psicologizando”.

Público, Objetivo e Funcionamento:

O público alvo do Projeto é formado por crianças e adolescentes encaminhados às Equipes de Saúde Mental e Equipes de Saúde da Família dos Centros de Saúde.

Muitas dessas crianças e adolescentes são classificadas genericamente de “crianças- problema”. Apresentam uma variedade de questões individuais, sociais e familiares, que as fazem refratárias às abordagens escolares tradicionais, quer por clássico desinteresse, desmotivação, quer por estar passando por um momento difícil em suas vidas. Situações estas que a escola ou profissionais costumam taxar como “distúrbios de comportamento”, “déficit cognitivo ou afetivo”, “hiperatividade”, etc.

Crianças e adolescentes que fogem aos padrões não têm encontrado no campo da sociabilidade espaços e condições que viabilizem o exercício dessas diferenças.

As escolas, familiares, ou mesmo profissionais da saúde, buscam apoio nas Equipes de Saúde Mental para promover a “psicologização” e a “psiquiatriação” da diferença, produzindo um processo de estigmatização e exclusão social.

Vale ressaltar que, nos últimos anos há uma intensificação no uso de medicamentos nos tratamentos desses, digamos, sintomas de desadaptação, com

grande difusão de prescrição de Ritalina (medicação indicada para hiperatividade), indiscriminadamente aplicada à crianças e adolescentes com alguma dificuldade de adequação aos padrões aceitos de normalidade.

O Projeto Arte da Saúde visa interromper o processo de exclusão e de segregação a que são submetidas essas crianças e adolescentes, interpondo-se no itinerário institucional que normalmente encaminham esse público às escolas especiais ou aos Centros de Tratamento Neuro-psiquiátricos. Seu objetivo é o de manter as crianças e adolescentes em suas escolas de origem. Para isto torna-se uma perspectiva inclusiva, cujo foco é o reconhecimento da diferença enquanto um direito, e, não raras vezes uma potencialidade. Em suas oficinas de arte e artesanato o Projeto permite a essas crianças e adolescentes o exercício de suas competências e a redefinição de seus projetos individuais, sem que sejam submetidos a avaliações subjetivas e estigmatizantes, que tanto as alienam e destroem.

O Projeto Arte da Saúde visa construir parcerias e laços que viabilizem a inserção dessas crianças e adolescentes em suas comunidades, enquanto seres capazes e produtivos, dotados de auto-estima e de interesse em afirmar suas cidadanias. Abrindo assim caminhos no mundo, construindo seus projetos sem serem capturados pelas redes do tráfico de drogas e sem a destruição que significa sua estigmatização precoce como crianças e adolescentes fracassados e ou excluídos de suas escolas.

O Projeto constitui-se, portanto, uma resposta da saúde mental, tecida a partir de um novo olhar que lança sobre essas crianças e adolescentes, à contínua demanda por tratamento de suas diferenças e desadaptações. Seu principal objetivo

é o de permitir-lhes um itinerário de inclusão social e de afirmação no mundo.

Instaurado no âmbito do serviço público, o Arte da Saúde busca reverter o itinerário dessas crianças e adolescentes e seus processos de adoecimento, pelas vias da descoberta de talentos e aptidões, pelo exercício do direito de expressão, pelo resgate da cidadania. Tal afazer tem por base a consolidação da auto-estima e, sobretudo, busca, através da afirmação de projetos individuais, a consolidação de laços sociais nos quais as crianças e adolescentes se coloquem no mundo como protagonistas, assenhorando-se de suas escolhas, de seus direitos e responsabilidades, de sua ação política enquanto sujeitos-cidadãos.

Com base nos paradigmas da luta antimanicomial, o Arte da Saúde se propõe como uma prática, cujo potencial de inclusão pelas vias da intervenção no social, um exercício político de ações afirmativas em um mundo que não busque apenas afirmar a doença onde haja desvios, divergências ou simples diferenças.

O Projeto Arte da Saúde é um experimento onde a busca da inclusão se alia a uma prática psicoterápica engajada na transformação social.

O foco de abordagem se estende de uma intervenção no social – no caso, pela busca de uma alteração na sociabilidade, ampliando-a de modo a que incorpore na cultura local, práticas e espaços capazes de fazer emergir sujeitos de cidadania, com possibilidades de se afirmar no mundo pelas vias das descobertas e potencialização de seus talentos individuais. Portanto o Projeto Arte da Saúde é uma prática política transformadora e não um instrumento de segregação e de controle social.

Para seu exercício prático consolida-se uma rede de interações e parcerias na

qual se incluem a comunidade, que cede os locais de trabalho; os monitores; órgãos e instituições que acolhem essa clientela, buscando uma articulação interssetorial.

Parte-se, para tanto, de uma prática singela: reúne-se grupos de crianças e adolescentes encaminhadas às Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental. Rotineiramente esses grupos são envolvidos em atividades de produção de arte e artesanato.

As crianças e adolescentes que necessitam de acompanhamento pela Equipe de Saúde Mental permanecem com suas agendas nos Centros de Saúde.

Semanalmente haverá reuniões com profissionais de saúde, monitores e coordenação para discutir casos, dar encaminhamentos, planejar eventos, e discutir assuntos pertinentes ao funcionamento do Projeto.

Dentro de uma ação intersectorial ressalta-se a contribuição do Projeto na construção dos Fóruns Regionais de Atenção à Criança e Adolescente. Tais fóruns, que já se viabilizam acerca de 13 anos com a participação dos diversos atores institucionais relacionados às questões da infância e da adolescência. Seus encontros decorrem da necessidade de partilhar com os demais atores as questões que anteriormente eram encaminhadas apenas à saúde mental.

Decorre desta experiência, a integração de vários setores em tais fóruns que contam inclusive com a participação de Conselhos Tutelares em suas reuniões mensais.

O Projeto Arte da Saúde visa, sobretudo, uma maior participação de crianças e adolescentes no mundo social, donde se pressupõe sua circulação na cidade, em seus bairros, em seus territórios, viabilizando o exercício da cidadania. Desta forma,

propõe-se uma ação política no mundo que visa também à produção de uma sociabilidade mais acolhedora e menos intolerante.

O Projeto manterá permanentemente em funcionamento 05 oficinas de arte e artesanato para o atendimento de 120 crianças que freqüentarão as oficinas 02 vezes por semana em horário alternado com as escolas.

Cada oficina funcionará em uma micro-região previamente determinada.

Aliado ao trabalho ora desenvolvido, o Centro de Saúde Jardim Alvorada, monitora todas as crianças que fazem parte deste Projeto, beneficiando-as com o atendimento odontológico, conforme cada caso específico, proporcionando-lhes oportunidade de uma melhor condição de saúde e de vida.

Durante esse processo, as crianças passam por:

- 1) Incentivo e realização de escovação;
- 2) Consultas (exames);
- 3) Avaliação quinzenal;
- 4) Interação social com utilização de brinquedos e participação em oficinas;

Inicialmente foi feito um trabalho com as 25 crianças que participavam do projeto arte na saúde. Estas crianças participam de oficinas de arte, realizam brincadeiras educativas e apresentam trabalhos sobre diversos temas, inclusive sobre cáries, tudo sob a supervisão de profissionais especializados para esse fim. Essas atividades resultam em uma aproximação dos profissionais da saúde com as

crianças, de modo que o objetivo desse projeto foi fazer com que estas crianças fossem ao posto de saúde com mais frequência e que a partir disso iniciasse paralelamente um acompanhamento da saúde bucal destas crianças. O cronograma do trabalho foi o seguinte:

- 1) As crianças chegam ao posto e são encaminhadas para o local onde se realiza o projeto arte na saúde. Estas participam de trabalhos educativos os quais sempre que possíveis são focados na saúde bucal. As crianças também assistem á pequenas palestras de como realizar uma higiene adequada dos dentes, os problemas que a cárie pode trazer, dentre outras.
- 2) Após brincarem na oficina, as crianças são convidadas a irem ao escovário e juntamente com o técnico de saúde bucal é realizada a escovação supervisionada.
- 3) Após o escovário, as crianças são levadas ao consultório dentário onde é feito uma avaliação bucal de dentes cariados, perdidos e obturados. Os dentes cariados são obturados ou extraídos conforme o necessário, mediante o acompanhamento dos pais.

No entanto, esse tratamento não se limita apenas as crianças que participam deste projeto, as crianças do bairro Jardim Alvorada, de creches, das Umei, das escolas também são avaliadas pelas equipes saúde na família. Estas crianças são então codificadas e posteriormente são chamadas juntamente com os pais para o atendimento clínico.

As crianças que participam deste projeto não são fixas, existe uma rotatividade destas de modo que o projeto alcance o maior número de crianças possíveis, pois uma vez parte deste projeto elas adquirem um hábito de voltar ao posto e dessa forma o profissional da saúde consegue monitorá-las.

A meta principal do projeto arte na saúde é criar um ambiente de confiança entre as crianças e o profissional da saúde. Apesar de esta confiança depender de vários fatores prévios das vivências dos usuários, o profissional deve atuar ativamente para garantir o clima de interpessoal (SIMONE e SAMUEL, 2008).



Figura 1 – Crianças do projeto Arte e Saúde

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Centro de Saúde Jardim Alvorada foram atendidas 25 crianças na faixa etária de quatro a oito anos, que apresentavam problemas de saúde bucal. Dentre elas, quatro tinham quatro anos de idade, sete tinham oito anos, cinco tinham sete anos, quatro tinham seis anos e cinco tinham cinco anos.

Foi possível observar que dessas 25 crianças, 24% não apresentavam dentes permanentes e/ou decíduos com cavidade, não necessitando de restauração ou extração. Outros 20%, apresentavam até três dentes permanentes e/ou decíduos com cavidades evidentes, necessitando de restauração; 24% apresentavam de três a oito dentes permanentes e/ou decíduos com cavidades evidentes, necessitando de restauração; 32% apresentam mais de oito dentes permanentes e/ou decíduos necessitando de restauração e/ou extração.

O Projeto Arte da Saúde foi realizado no Centro de Saúde Jardim Alvorada, localizado na região noroeste de Belo Horizonte, num trabalho interativo com psicólogas que atuam em Equipes de Saúde Mental e Equipes de Saúde da Família.

A colaboração dessas profissionais foi muito importante e promoveu uma maior aceitação das crianças, foco do Projeto, à assistência odontológica. Verifica-se que antes da implantação deste Projeto, as crianças tinham aversão por tratamentos odontológicos, em virtude de medo do tratamento. Estas crianças não tinham nenhuma motivação para se beneficiarem dos serviços prestados pelo Centro de

Saúde, principalmente na área odontológica.

Este cenário foi mudado a partir do momento em que uma abordagem voltada para as necessidades básicas das crianças foi implementada. Ações educativas como diálogo, realização de oficinas, jogos, brincadeiras lúdicas e dinâmicas envolvendo crianças e profissionais de saúde, permitirão que a confiança das crianças fosse conquistada e o atendimento odontológico deu-se de forma humanizada.

Os resultados alcançados demonstram uma efetiva participação e interesse das crianças no trabalho desenvolvido, entretanto, vale ressaltar que a comunidade é muito carente e às vezes algumas crianças ficam prejudicadas com a falta de compromisso dos pais em dar continuidade aos tratamentos iniciados e às escovações semanais, por questões sociais.

A fim de viabilizar o processo de restauração cirúrgica nas crianças atendidas, o Projeto Arte da Saúde manterá permanentemente em funcionamento, cinco Oficinas de Arte e Artesanato, duas vezes por semana, em horário alternado com as escolas. Será contemplado um universo de 120 crianças, sob constante supervisão do setor de Psicologia, uma vez que a maioria das crianças indicadas para participarem deste Projeto são consideradas hiperativas, com distúrbios de aprendizagem e/ou comportamentais.

Importantes ações estão sendo realizadas para reduzir o número de crianças com novas lesões a partir de métodos educativos, em conjunto com as mães, numa perspectiva de propiciar às crianças autonomia, e aos profissionais da saúde a

promoção da intersectorialidade.

Como parte deste processo, as crianças foram encaminhadas a um escovário onde foi realizada escovação supervisionada.

Aliado a este Projeto, o Centro de Saúde Jardim Alvorada, desenvolve outras ações educativas que visam promover à comunidade uma melhor condição de vida e de saúde.

As perspectivas desse projeto são abranger um número maior de crianças, e implantar esse projeto nas escolas e creches.

6. CONCLUSÕES

As crianças atendidas no Centro de Saúde Jardim Alvorada, região noroeste de Belo Horizonte, inseridas no Projeto Arte da Saúde, apresentam prevalência significativa de cárie dentária, sobretudo, aquelas em idade escolar de quatro a oito anos. Das vinte e cinco crianças atendidas, verificou-se que 75% delas necessitavam de restauração e/ou extrações. Recomenda-se que os esforços do Centro de Saúde local, sejam direcionados a esse público infantil, visando à paralisação ou controle de lesões iniciais de cárie no grupo com atividade da doença. Além disso, sugere-se a intensificação do atendimento curativo nas crianças que possuem experiência de cárie (ceod >0), além do monitoramento das opacidades e hipoplasias, na região foco da Pesquisa.

A Pesquisa evidenciou que os serviços de saúde bucal pouco tem se utilizado dos recursos básicos que a epidemiologia pode oferecer, o que indica a necessidade de melhor formação dos profissionais em saúde bucal, na área de epidemiologia e maior promoção da intersectorialidade para o enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade, com ênfase para a saúde bucal.

Foi muito positivo o trabalho conjunto com o Setor de Psicologia, o que significou um esforço em prol da intersectorialidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- PINTO, V.G. Bases para uma saúde bucal de caráter coletivo. In:_. Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000, cap.1, p.1-8

2-CHAVES, M.M. Odontologia Social. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

3-PEREIRA, M.G. Epidemiologia:Teoria e Prática.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1995. 594 p.

4- FRAZÃO, P. Epidemiologia em Saúde Bucal. In:Saúde Bucal Coletiva: Planejando Ações de Promovendo Saúde. Porto alegre: Artmed, 2003. cap. 4, p. 64-82

5- PINTO, V.G. Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva. São Paulo: Ed. Santos, 1989.

6-MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal.1ª ed. Belo Horizonte: SAS/MG. 2006. 290 p.

9. ANEXOS

CRIANÇAS ATENDIDAS NO PROJETO “ARTE DA SAÚDE”



