

AMAR E CUIDAR: UM SORRISO DA DIVERGÊNCIA

LAURA BORGES KIRSCHNICK¹; JOSIANE LUZIA DIAS DAMÉ; EDUARDO
DICKIE DE CASTILHOS²; TANIA IZABEL BIGHETTI³

¹Universidade Federal de Pelotas – laurakirschnick@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – josianeddame@yahoo.com.br; eduardo.dickie@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – taniabighetti@hotmail.com

1. APRESENTAÇÃO

De acordo com as Diretrizes de Saúde da Atenção Básica, as ações coletivas de saúde visam a promoção e prevenção por meio da troca de conhecimentos e vivências entre os profissionais e a comunidade por meio de grupos com diferentes enfoques que podem ter ação continuada ou temporária (PELOTAS, 2016). A promoção da saúde bucal é um termo muito amplo que abrange desde a fluoretação das águas até a escovação supervisionada em escolas, ações essas que pretendem gerar a autonomia com intenção de favorecer o autocuidado e o acesso da comunidade (BRASIL, 2004). As ações coletivas em espaços escolares devem manter uma relação próxima com os pais ou responsáveis para que possam receber informações sobre os meios de prevenção e o desenvolvimento do autocuidado, os quais devem ser fundamentados junto com a importância dessa atuação para a saúde da criança (PELOTAS, 2013).

A cárie de mamadeira, também chamada de cárie da primeira infância, é caracterizada por ser uma lesão de rápido desenvolvimento e que atinge uma série de dentes decíduos que normalmente apresentam baixo risco de cárie. Manifesta-se inicialmente como manchas brancas e ao avançar da doença pode levar a parcial ou completa destruição da coroa dental. Assim como qualquer lesão de cárie dental, é uma doença multifatorial e nesse caso é resultado da interação de microorganismos cariogênicos com moléculas de açúcar provenientes do uso da mamadeira adocicada somado à falta de higiene bucal (ANIL et al., 2017; DE GRAUWE et al., 2004).

Na saúde pública, existem aspectos relacionados aos campos de força e aos paradigmas de bem-estar (DEVER, 1988), que devem ser considerados na determinação dos níveis de saúde-doença das populações quando se avalia a cárie dentária. O determinante ambiental pode ser representado pelas políticas públicas que possibilitam à população o acesso à água fluoretada (com teores de flúor controlados) e a dentifrícios fluoretados, além de condições socioeconômicas e acesso à informação. O comportamental tem um papel muito importante, pois hábitos de higiene bucal e dieta (tipo, frequência e consistência), podem interferir na evolução da cárie dentária. Em relação à organização dos serviços de saúde, este determinante tem seu papel, principalmente em relação a garantia da integralidade (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) e da equidade. O determinante diz respeito ao ambiente bucal (colonização microbiana, características salivares, estrutura dental, entre outros).

O projeto “Ol Filantropia – Odontologia e Instituições Filantrópicas” visa assegurar atenção e assistência em saúde bucal para crianças de duas instituições filantrópicas do município de Pelotas (Casa da Criança São Francisco de Paula e Instituto Nossa Senhora da Conceição). São realizados tratamentos odontológicos, aplicações tópicas de flúor e escovações dentais supervisionadas

(de 3 a 4 ao ano), buscando a conscientização da necessidade de cuidar da saúde bucal diariamente. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma das crianças que está em tratamento odontológico pelo grupo, em uma das instituições, além de mostrar como está sendo feito o acompanhamento.

2. DESENVOLVIMENTO

O trabalho foi realizado por cinco acadêmicas de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, na Casa da Criança São Francisco de Paula que está localizada na região central do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. A instituição atende 201 crianças de 1 a 6 anos divididas em turmas de berçário, maternais e prés I e II.

As crianças são avaliadas por meio de uma triagem de risco de cárie dentária, onde são observadas as seguintes condições: placa bacteriana, gengivite, mancha branca de cárie, cavidades ativas e inativas e situações de urgência odontológica. Esta triagem é realizada nas salas de aula. As crianças são classificadas em três grupos de risco individual: baixo (sem história de cárie, sem placa bacteriana e/ou gengivite); moderado (presença de placa e/ou gengivite e de cavidades inativas) e alto (presença de mancha branca, cavidades ativas e situação de urgência). A partir do risco, são programadas ações individuais e coletivas.

As coletivas correspondem ao reforço da escovação dental já realizada por professoras/monitoras, nas respectivas salas de aula. As individuais são aplicação tópica de flúor e realização de procedimentos clínicos no consultório odontológico da instituição. Em alguns casos, busca-se, com a intervenção da coordenação e da assistente social, o contato com pais/responsáveis. Alguns são realizados por telefone, e outros através de conversa presencial. Prioriza-se neste processo, as crianças matriculadas nos últimos anos da pré-escola (pré II A e II B), que deixarão a instituição no final do ano letivo.

No processo de triagem e no consultório odontológico, as acadêmicas são supervisionadas por uma técnica administrativa e uma docente.

3. RESULTADOS

Após a triagem, observou-se que, do total das crianças da instituição, 31 (15,4%) apresentavam cavidades ativas de cárie dentária (média 3,7 cavidades de por criança). No pré II A, 12 crianças apresentavam cavidades ativas (média de 3,9 cavidades por criança). Dessas crianças, L.F.C., sexo masculino e 5 anos de idade, gerou preocupação pois apresentava cavidades ativas em 14 dentes.

Com isso, a mãe e responsável legal de L.F.C. foi solicitada a comparecer na instituição para conversar com as coordenadoras do projeto de extensão e da instituição. A proposta foi comunicar e esclarecer a situação da saúde bucal do menino, dando possíveis sugestões para a melhoria das condições bucais. Foi explicado a ela que os quatro primeiros molares permanentes estão próximos de irromper na cavidade bucal e o que pode acontecer caso ela não faça nenhuma mudança.

Percebeu-se, pelos depoimentos, que ela tem conhecimentos sobre atividade de cárie, uso de dentífrico fluoretado, cuidados com a higiene bucal e com a dieta. Confirmou o uso de mamadeira com achocolatado, porém, demonstrou-se resistente à proposta de removê-la, principalmente antes de dormir, afirmando que faz a higiene bucal sempre que possível.

A partir deste encontro realizado em 18/08/2017, L.F.C. tem sido chamado semanalmente ao consultório odontológico para aplicação de flúor e acompanhamento do irrompimento do primeiros molares permanentes, além de uma escovação supervisionada que foi realizada no interior da sala de aula junto com as outras crianças no dia 07/07/2017. A coordenadora da instituição, junto com a assistente social, realizaram uma conversa com a mãe, sem a presença da coordenadora do projeto, no sentido de sensibilizá-la. Um novo encontro está programado para o início do mês de dezembro.

4. AVALIAÇÃO

No que diz respeito aos quatro determinantes do processo saúde-doença, quando relacionados ao caso clínico em questão, pode-se perceber que as ações do projeto conseguiram intervir sobre o ambiental e o de organização de serviços.

Pode-se ressaltar que em relação ao ambiental, a criança tem acesso à água e dentifrício fluoretado, além de haver o apoio da instituição para todas as ações (atenção e assistência), bem como suporte para os pais. Porém, enquanto o determinante comportamental não coexistir com os outros dois citados acima o biológico continuará alterado. Assim, é possível concluir que a atitude da mãe será de grande importância para o controle da doença cárie no filho e necessária para que se estabeleça o equilíbrio da condição de saúde bucal da criança.

Percebeu-se que a atuação em conjunto com os responsáveis das crianças com atividade de cárie é importante para que se obtenham resultados positivos e para que as famílias adquiram características de cuidados com a saúde bucal. Porém, quando as ações de saúde bucal advêm apenas dos acadêmicos dentro da instituição elas não trazem a repercussão positiva esperada para a melhora da saúde bucal da criança.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANIL, S.; ANAND, P. S. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. **Frontiers in Pediatrics**, Índia, v.5, n.157, p.1-7, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p.

DE GRAUWE, A; APS, J. K.; MARTENS, L. C. Early Childhood Caries (ECC): what's in a name? **European Journal of Paediatric Dentistry**, Bélgica, v.5, n.2, p.62-70, 2004.

DEVER, G. E. A. Epidemiologia: enfocando a prevenção. In: DENVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde pública**. São Paulo: Pioneira; 1988. Cap.1, p.1-24.

MURAKAMI, C.; BÖNECKER, M. Utilização de Fluoretos na Clínica Odontopediátrica Contemporânea. **Revista FGMNews**, Brasil, v.12, p.33-36, 2010.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Supervisão de Saúde Bucal. **Diretrizes de Saúde da Atenção Básica de Pelotas**. Pelotas: Prefeitura Municipal de Pelotas, 2016. 136p.



PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Supervisão de Saúde Bucal. **Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas.** Pelotas: Prefeitura Municipal de Pelotas, 2013. 98p.