

TÍTULO DA PRÁTICA:

Grupo de Saúde Bucal - Atendimento de Crianças de 0 a 10 anos no CS Saco Grande.

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T17

1 **a) Situação-problema e/ou demanda inicial que motivou e/ou requereu o**
2 **desenvolvimento desta iniciativa;**

3 Uma das preocupações da equipe de Saúde Bucal é organizar a demanda, de
4 modo que o livre acesso dos grupos prioritários (crianças, gestantes e idosos) não
5 dificulte o acesso das demais faixas etárias ao Serviço de Odontologia. Para
6 organizar a livre demanda de crianças (a maior dentro dos grupos prioritários,
7 pelo que foi observado na Unidade Local de Saúde do Saco Grande (ULS)),
8 pensou-se em organizar Grupos de Saúde Bucal (GSB) em que se pudesse
9 realizar a primeira consulta da criança de até 10 anos. Segundo Dias; Silveira;
10 Witt (2009) o espaço de grupo na atenção primária favorece o aprimoramento de
11 todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no
12 profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de
13 intervir criativamente no processo saúde-doença.

14 **b) Alinhamento da prática à identidade organizacional (Coerência e**
15 **alinhamento com a Identidade Organizacional e demandas da Secretaria);**

16 O GSB atua em sintonia com o Programa Capital Criança, que preconiza a
17 seleção, implantação e acompanhamento de intervenções e geração de parcerias
18 que foquem a proteção, promoção e recuperação da saúde da criança de zero a
19 dez anos incompletos, residentes no município de Florianópolis. (Programa
20 Capital Criança com início em 1996 fonte:
21 <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ProgramaCapitalCrianca.pdf>).



22 **c) Objetivos (Informar detalhadamente os objetivos da prática);**

23 Este grupo tem como objetivo:

- 24 • garantir livre acesso ao grupo prioritário (crianças de até 10 anos
25 incompletos) sem necessidade de agendamento;
- 26 • organizar a demanda;
- 27 • otimizar o tempo da equipe de Saúde Bucal;
- 28 • proporcionar educação e promoção de saúde;
- 29 • conscientizar os responsáveis da importância da saúde bucal dos seus
30 filhos;
- 31 • conhecer e identificar as principais doenças que acometem a cavidade
32 bucal;
- 33 • incentivar/desenvolver a auto-percepção da própria condição de saúde
34 bucal;
- 35 • estimular e desenvolver o auto-cuidado.

36 **d) Gestão da Boa Prática (Nome do/s líder/es, metodologia e como a prática
37 é acompanhada);**

38 A primeira consulta das crianças com até 10 anos incompletos é realizada no
39 GSB, por um dos Cirurgiões Dentistas da ULS (Donavan, Karina, Luana, Núbia).
40 São desenvolvidas atividades que abordem a higiene bucal e alimentação, de
41 maneira dialógica a fim de problematizar e reforçar a necessidade de desenvolver
42 hábitos de vida saudáveis.

43 Após atividade educativa é realizada a higiene bucal supervisionada e exame
44 bucal. As crianças que apresentam necessidade de tratamento curativo são
45 agendadas para o dentista de sua área de abrangência e as demais consultas,
46 quando necessárias, são garantidas até a conclusão do tratamento. No
47 atendimento clínico dá-se continuidade aos temas discutidos/abordados no grupo.



48 A criança após alta é orientada retornar no GSB periodicamente, de acordo com
49 sua necessidade individual.

50 A instituição precoce de hábitos de higienização bucal adequados propicia a
51 adoção destas práticas por toda a vida (GUEDES-PINTO, 2003).

52 Com o irrompimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos 16 meses de
53 vida, e até os 3 anos de idade, a limpeza da cavidade bucal deve ser realizada
54 com escova dental infantil, com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou
55 extramacias, e extremidades arredondadas, que possibilitem uma boa
56 empunhadura aos pais (CORREA, 1998)

57 Neste período a utilização apenas de fralda, gaze ou dedeira não é mais
58 adequada. Não existe uma idade precisa em que a criança possua motricidade
59 fina desenvolvida para realizar a higiene bucal sozinha. Porém, os pais podem
60 orientar os filhos como proceder e monitorar esta atividade periodicamente, ou
61 seja, a partir do momento em que a criança demonstrar interesse por escovar os
62 dentes, essa atividade deve ser estimulada pelos pais, que a seguir devem então
63 supervisionar a escovação (CORREA, 1998).

64

65 **e) Período de intervenção (Desde quando a prática está implantada e com**
66 **que frequência ela ocorre);**

67 O GSB, em seu atual formato, funciona há 3 anos. Acontece semanalmente às
68 terças-feiras, no período matutino e vespertino, respectivamente às 08h30min e
69 13h30min.

70 Os grupos são organizados por faixas etárias para que os eventos bucais
71 inerentes ao desenvolvimento da criança possam ser discutidos e assim
72 elaboram-se no grupo os saberes necessários para o desenvolvimento do
73 autocuidado.

74 Semestralmente é confeccionado um quadro organizacional com as faixas etárias
75 e suas respectivas datas que fica exposto nos murais da unidade de saúde,



76 distribuídos para os agentes de saúde, para os funcionários da recepção e nas
77 escolas e creches públicas do bairro.

78 **f) Parcerias estabelecidas (Parcerias formadas interna e externamente a**
79 **partir da prática);**

80 Parceria com os pais/responsáveis, incentivando aos pais sobre o cuidado e
81 supervisão da higiene bucal dos seus filhos.

82 **g) Participação Social (De que maneira a sociedade/usuário participa ou**
83 **acompanha o desenvolvimento da prática);**

84 A comunidade participa ativamente dos grupos, são considerados e discutidos os
85 diversos saberes, é estimulada a possibilidade de intervir no processo saúde-
86 doença, assim como se motiva o autocuidado e bons hábitos de alimentação e
87 higiene como modelo para as crianças. Os pais se tornam multiplicadores da
88 informação e executores da prática.

89 **h) Recursos humanos e financeiros envolvidos (Quantitativamente);**

90 O grupo é desenvolvido por um Cirurgião-Dentista da ULS juntamente com um
91 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Os recursos materiais usados são: imagens
92 previamente selecionadas pela equipe a fim de ilustrar os temas discutidos,
93 material lúdico-educativo, escova e creme dental, além de luvas de procedimento
94 e EPI (Equipamento de Proteção Individual). Todos os recursos estão disponíveis
95 na Unidade.

96

97 **i) Atividades implementadas;**

98 São desenvolvidas Atividade de Educação em Saúde, escovação dental
99 supervisionada e exame clínico.

100 **j) Abrangência da Prática em Saúde (nível de disseminação e uso**
101 **continuado da prática na Secretaria Municipal de Saúde);**



102 Pode ser desenvolvida em qualquer ULS da Rede Municipal que disponha de
103 espaço físico e insumos.

104 **k) Características inovadoras (criatividade e originalidade);**

105 A característica inovadora é o livre acesso, grande capacidade de abrangência,
106 maneira de se fazer entender bem acessível, previne o medo da criança por
107 conhecer o cirurgião-dentista fora do ambiente do consultório além de
108 proporcionar um contato prévio da criança com o EPI (jaleco, gorro, máscara,
109 luvas e óculos de proteção) em um ambiente mais familiar, com a presença de
110 outras crianças e longe dos ruídos do consultório.

111 Descrição dos Benefícios gerados com a Prática Apresentada * (Apresente uma
112 descrição dos benefícios qualitativos e/ou quantitativos atingidos, considerando os
113 tópicos abaixo):

114 Otimização do tempo que seria despendido para orientações em atendimento
115 individuais, num espaço com maior abrangência. Sem usar consultório
116 odontológico que esta sendo destinado à atenção curativa.

117 **l) Aprendizado (introdução de inovação em práticas anteriores ou realização
118 de melhorias na prática decorrentes de benchmarking);**

119 Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas
120 no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos
121 diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de
122 saúde. (DIAS et al, 2009).

123 **m) Integração (integração com outras atividades e áreas da Secretaria de
124 Saúde de Florianópolis ou com parceiros);**

125 Integração com os colégios e creches públicos do bairro: após exame bucal na
126 escola ou creche realizado pelos profissionais cirurgiões-dentistas da ULS,
127 constatando a necessidade de tratamento, as crianças recebem um comunicado
128 direcionado aos pais orientando-os a procurar o GSB.

129 **n) Impacto direto da prática no usuário/cidadão (Impacto da prática na saúde**
130 **ou satisfação do usuário/cidadão, compreendido como aquele que utiliza ou**
131 **financia o sistema único de saúde);**

132 Entendimento do processo saúde-doença e desenvolvimento do autocuidado,
133 tendo em vista que, segundo Walter, 1997, os principais fatores de risco em
134 crianças no primeiro ano de vida são a transmissibilidade dos microrganismos
135 cariogênicos, o aleitamento noturno, a ausência de limpeza e/ou escovação, o
136 consumo de sacarose em alta frequência, a presença de defeitos congênitos do
137 esmalte e a ausência do contato com o flúor. Fatores a serem transformados na
138 prática em âmbito familiar

139 Acesso facilitado (menos vindas ao ULS Saco Grande para agendar) e
140 programação longitudinal dos retornos para acompanhamento.

141 Responsabilização dos pais ou responsáveis pelo cuidado da criança. Segundo
142 Guedes-Pinto; Santos; Kwon (2003), a maior incidência de cárie entre as crianças
143 resulta em parte da falta de orientação adequada aos pais e responsáveis quanto
144 à higiene bucal e de hábitos alimentares inadequados.

145 **o) Eficiência (Combinação adequada dos recursos, em termos de**
146 **quantidade e qualidade, comparativamente aos resultados alcançados);**

147 Resultado qualitativo observado foi melhoria na adesão ao tratamento, e através
148 do questionário sobre satisfação todos os usuários demonstraram satisfação com
149 o processo de trabalho desenvolvido; 20% considerou bom e 80% ótimo. Todos
150 aprovaram os temas discutidos e consideraram que o assunto foi abordado de
151 forma clara e objetiva.

152 **p) Resultados obtidos – qualitativos e quantitativos (Esses resultados**
153 **podem ser aferidos no próprio serviço, em serviços utilizados como**
154 **referencial comparativo ou por meio de boa evidência).**

155 Os resultados foram avaliados através de um questionário próprio aplicado
156 periodicamente ao final de cada encontro.



157 Referência:

158

159 CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Ed.
160 Santos, 1998.

161

162 DIAS, V.P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R.R. Educação em saúde: o trabalho em
163 grupos na atenção primária. Rev. APS, v.12, n.2, p.220-227, abr./jun. 2009.

164

165 GUEDES-PINTO, A. C., SANTOS E.M., KWON, H.S. Higiene buco-dental em
166 Odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. São Paulo: Ed.
167 Santos, p.492-509. 2003.

168

169 WALTER, L.R.F. Parâmetros para avaliação do risco de cárie. In: 6º Livro anual
170 do grupo brasileiro de professores de ortodontia e odontopediatria. p.266-268.
171 1997.

172

173 Programa Capital Criança com início em 1996 fonte:
174 <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ProgramaCapitalCrianca.pdf>. Acesso
175 em: novembro de 2012.

