

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SIMONE AMORIM MACHADO**

**A ORGANIZAÇÃO E A INTEGRAÇÃO ENTRE A ESF E ESB NAS ATIVIDADES  
EDUCATIVAS DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE SEIS A 10 ANOS DE IDADE**

**BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS**

**2010**

**SIMONE AMORIM MACHADO**

**A ORGANIZAÇÃO E A INTEGRAÇÃO ENTRE A ESF E ESB NAS ATIVIDADES  
EDUCATIVAS DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE SEIS A 10 ANOS DE IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família, Universidade  
Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2010**

**SIMONE AMORIM MACHADO**

**A ORGANIZAÇÃO E A INTEGRAÇÃO ENTRE A ESF E ESB NAS ATIVIDADES  
EDUCATIVAS DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE SEIS A 10 ANOS DE IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família, Universidade  
Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Professora Ana Cristina Borges de Oliveira (orientadora)  
Professora Simone Dutra Lucas (examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte, 11 de Setembro de 2010

**AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Tutor Warley Simões e a Orientadora Ana Cristina Borges de Oliveira que me apoiaram no desenvolvimento do curso. A ESF do C.S. São José que participaram ativamente do estudo. A PBH e a UFMG que proporcionaram que este curso acontecesse.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a organização e a integração entre a ESF e a ESB nas atividades educativas de saúde bucal direcionadas às crianças na faixa etária de seis a 10 anos de idade. **Método:** A coleta de dados aconteceu no período de março a abril de 2009. O evento foi realizado em maio e junho de 2009 e recebeu o nome de “Sábado da Saúde”, já que se tratava de uma atividade educativa e classificatória voltada para a higiene bucal e corporal. A execução do projeto constituiu na realização de atividades de orientação para higiene corporal e bucal seguida de prática de lavagem das mãos, lanche, escovação dental e codificação dos dentes. **Resultados:** A somatória dos códigos de comprometimento foi de 39,0%. A maioria das crianças do estudo não apresentou a doença cárie, mas o restante, apesar de não ter um grau de comprometimento grave, apresenta uma importante parcela de doentes. O grau de comprometimento zero apresentou percentual de 61,0% do total de crianças examinadas. **Conclusão:** Os resultados indicam que o diagnóstico precoce permite uma intervenção rápida, evitando a piora do caso e mesmo orientando a necessidade do trabalho educativo. A necessidade de organizar um fluxo de aproximação da equipe permitiu interação, diagnóstico e intervenção da saúde bucal das crianças.

**Palavras-chave:** Criança. Equipe de Saúde da Família. Saúde bucal. Saúde pública.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the organization and integration between the ESF and the ESB in oral health educational activities aimed at children aged 06-10 years old. **Method:** Data were collection during March-April 2009. The event happened in May and June 2009 and was named the "Saturday of Health," since it was an educational and qualifying activity focused on and the oral hygiene and body. The implementation of the project consisted in conducting orientation activities for oral hygiene and followed by practice of washing hands, snack, tooth brushing and codification of the teeth. **Results:** The sum of codes of involvement was 39.0%. Most children in the study showed no caries, but the remainder, despite not having a degree of impairment, presents a significant portion of patients. The degree of impairment zero showed percentage of 61.0% of children examined. **Conclusion:** The results indicate that early diagnosis allows prompt intervention to avoid the worsening of the case and even guiding the necessity of educational work. The need to organize a flow of team approach allowed interaction, diagnosis and intervention of oral health of children.

**Key-words:** Child. Oral health. Public health. Family health team

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 A Equipe de Saúde da Família (ESF)	11
2.2 Cárie na faixa etária de 6 a 10 anos	13
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
4.1 RECURSOS	21
4.1.1 Recursos Físicos	21
4.1.2 Recursos Materiais	22
4.1.3 Recursos Humanos	23
4.1.4 Recursos Financeiros	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7 REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A	37

## 1 INTRODUÇÃO

O modelo de organização do Programa de Saúde da Família (PSF) veio redirecionar a organização da atenção básica com uma equipe multiprofissional em um determinado território. Propõe o reconhecimento de mecanismos físicos e humanos deste território, com seus recursos sociais e as principais dificuldades relacionadas à saúde. Propicia uma aproximação das práticas de saúde, favorecendo intervenções e cuidados ao longo do tempo. Por isso, os profissionais que atuam no PSF devem estar preparados para atender a demanda de toda a família, ou seja, de todos os ciclos da vida do ser humano, propondo ações coletivas que resgatem o ser humano no conjunto de suas necessidades.

O protocolo de Atenção à Saúde da Criança, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, prevê assistência integral, visando crescimento e desenvolvimentos saudáveis desde os primeiros dias de vida até a adolescência. Cabe ressaltar que a participação dos pais e cuidadores nas atividades de higiene da criança são imprescindíveis para a prevenção de doenças e agravos. De acordo com este protocolo, várias doenças podem influenciar no crescimento e desenvolvimento infantis, constituindo-se em repercussões para a saúde, muitas vezes irreversíveis, podendo atingir a idade adulta (Brasil, 2006).

As Equipes de Saúde da Família (ESF), incluindo a participação da Equipe de Saúde Bucal (ESB), de determinada área de abrangência, devem trabalhar em todos os grupos e faixas etárias. Mas, sempre avaliando estratégias de reconhecimento dos grupos prioritários a fim de intervir de forma rápida e eficaz buscando estratégias que o permitam.

A proposta do PSF é a de uma equipe composta minimamente por um médico generalista, quatro a seis agentes comunitários de saúde, trabalhadores de saúde bucal (um conjunto para cada 2 equipes), dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro (cuidando de 800 a 1000 famílias adscritas a uma área de abrangência). Cabe a essa equipe desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos à



família, aspectos estes, de algum modo, já conhecidos e praticados pelos trabalhadores da atenção básica. Cabe, ainda, a ESF, a elaboração do diagnóstico da área de atuação, articulação de ações intersetoriais; promoção da mobilização e organização dos moradores e o desenvolvimento de cidadania, aspectos estes ainda não incorporados à prática cotidiana (Fortuna et al., 2005). Os profissionais da ESF, ao realizarem o trabalho, devem identificar, através de perfil epidemiológico da população assistida, quais são os grupos prioritários e assim realizar um acompanhamento dessa população.

O protocolo de atendimento da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, na Atenção à Saúde da Criança, regulamenta que a organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias – e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido. Este define os Cuidados básicos para o Acompanhamento da Criança, com a Captação, Ações do Quinto dia, Aleitamento Materno, Imunização, Acompanhamento da Criança e o Atendimento em Saúde Bucal (Minas Gerais, 2004).

O protocolo da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, na Atenção em Saúde Bucal, orienta uma atenção dentro do princípio da integralidade, onde ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação são disponibilizadas simultaneamente de forma individual e coletiva, de modo a promover saúde e satisfazer as necessidades existentes, dentro do melhor encaminhamento. A atenção deve ser baseada em um equilíbrio entre as ações coletivas, de abordagem populacional (que tendem à universalização e permitem a manutenção da saúde, e a diminuição das situações de risco) e as ações individuais (que devem priorizar as situações de maior risco ou necessidade). Esse protocolo determina que as crianças de seis a nove anos de idade pertencem a faixa etária alvo das ações preventivas e

educativas coletivas, por ser essa uma faixa cujas ações promovem um grande impacto sobre a prevalência de cárie e gengivite (Minas Gerais, 2006).

As ações de saúde voltadas para higiene corporal e bucal visam oferecer à população uma orientação adequada sobre o assunto, além de permitir o conhecimento do contexto social em que vive, tornando, desta maneira, as ações cada vez mais direcionadas às necessidades.

A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa. Os profissionais de saúde devem exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado (Brasil, 2004).

A necessidade de trabalhar as questões de higiene foi reforçada com a observação diária da deficiência de higiene corporal e bucal, nas crianças atendidas na unidade Básica de Saúde e no acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e da baixa interlocução de ações conjuntas das equipes de saúde da família e da equipe de saúde bucal. Desse modo verifica-se a importância de se trabalhar estas ações de saúde do território de forma mais participativa e assim propiciar o acompanhamento e encaminhamento de toda ESF. Portanto, foram planejadas atividades educativas, com o intuito de intervir no problema evidenciado, promovendo a saúde e a integração da equipe.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as ESF estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (Brasil, 2004).

Desde 1991, o Ministério da Saúde incentiva a inserção dos ACS com a finalidade de colaborar nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (Frazão e Marques, 2006 *apud* Brasil, 1993). Sua ação tem sido dirigida para reforçar o vínculo entre a comunidade e o sistema de saúde, admitindo-se que possa contribuir para maior efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e assistência individual (Frazão e Marques, 2006).

O PSF surgiu, no final de 1993, para atender o núcleo familiar no enfrentando dos problemas na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população que se manifestam como prioridades (Oliveira e Spiri, 2006).

A incorporação oficial do cirurgião-dentista na ESF aconteceu somente em 2000, dentro de um contexto político, econômico e social favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da *Portaria n.º 1.444*, o incentivo financeiro à inclusão das ESB no

PSF, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil (Souza e Roncalli, 2007).

Algumas características inerentes à própria profissão conferem à saúde bucal particularidades que dificultam suas práticas no setor público como, por exemplo, a necessidade do uso de tecnologias duras na atenção básica. Entende-se por tecnologias duras aquelas que necessitam de equipamento e instrumentos materiais. Outro ponto crítico diz respeito aos recursos humanos na saúde bucal. A integração da ESB junto a ESF para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal (Souza e Roncalli, 2007).

No Brasil, no âmbito da esfera pública, o primeiro tipo de atendimento odontológico prestado caracterizou-se pela livre demanda, através de uma ótica baseada em ações curativas e/ou mutiladoras. O perfil formativo do dentista brasileiro aponta para uma inadequação do preparo dos recursos humanos, sendo esses profissionais formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país, direcionados precocemente para especialidades, além da não adequação para os serviços onde deverão atuar (Cabral et al., 2007). Desse modo, o trabalho do dentista, marcadamente centrado numa prática curativa com ênfase em atividades restauradoras reproduz, nos serviços públicos, o modelo ineficaz da prática privada, demonstrando o descompasso com políticas reorientadoras conforme a ESF. Entretanto, a reorganização, dentro do novo modelo de atenção à saúde, requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada da saúde, capazes de compreender o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar e social, associado à necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente (Cabral et al., 2007).

A inclusão do dentista nas equipes do PSF assinalou uma reorganização da atenção à saúde bucal no país. Estabeleceu-se um novo cenário da odontologia brasileira através de uma nova forma de organizar a atenção básica à saúde, criando-se condições de consolidação das

ações da prática em saúde bucal no nível da atenção básica, de acordo com os princípios constitucionais do SUS. Com isso, ampliou-se a compreensão da saúde bucal da população brasileiro, que passou a estar inserida num conceito amplo de saúde, integrada às demais práticas de saúde coletiva, como parte integrante da saúde geral do indivíduo, essencial para sua qualidade de vida. A saúde bucal passou a ser compreendida como um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautada na universalidade, equidade e integralidade, estruturando-se de forma descentralizada e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade, e regulada por meio do controle social (Araújo e Rocha, 2009).

## **2.2 Cárie na faixa etária de seis a dez anos**

A cárie dentária é uma das doenças mais comuns nas crianças brasileiras, constituindo um aspecto crítico das condições gerais de saúde devido ao seu peso na carga de doenças e ao seu impacto na qualidade de vida por ser causa de dor e sofrimento. Além disso, os altos custos de tratamento e a possibilidade de utilização de medidas preventivas efetivas contribuem para ela ser considerado um importante problema de saúde pública (PAHO, 1997 *apud* Peres, et al. 2003).

Apesar da etiologia biológica da cárie ser bem conhecida, muitos aspectos relativos ao papel dos fatores sociais e biológicos nos primeiros anos de vida continuam obscuros (Horowitz, 1998; *apud* Peres, et al. 2003).

De acordo com Peres et al. (2003), alguns fatores que ocorrem no período perinatal e da primeira infância são identificados como determinantes da doença cárie anos mais tarde. Dentre eles destacam-se: baixo peso ao nascer, doenças e sintomas apresentados nos primeiros anos e déficit na relação entre altura e idade no primeiro ano de vida, indicador síntese do estado nutricional infantil.

Nos últimos anos ocorreu uma mudança nos padrões de cárie das diferentes regiões do mundo. Na maioria dos países desenvolvidos aconteceu um declínio na prevalência e severidade da doença cárie, provavelmente devido ao aumento da exposição ao flúor e a modificações no padrão e quantidade de consumo de açúcar, associados à melhoria nas condições de vida, maior acesso aos serviços odontológicos e ampliação das ações de promoção e educação em saúde bucal (Sheiham, 1984). Na América Latina, no entanto, a maioria dos países ainda revela altos índices de CPOD (WHO, 1994).

O conhecimento sobre as causas biológicas das principais doenças da boca permitiu a descoberta de alguns mecanismos de prevenção – utilização do flúor, no caso da cárie dentária, e remoção da placa bacteriana, no caso da doença periodontal. O conhecimento sobre os determinantes sociais que tomam parte do processo de adoecimento tem sido foco de estudos recentes (Bardal et al., 2006).

Os primeiros levantamentos nacionais, desenvolvidos em 1986, revelaram uma alta prevalência de cárie em todas as idades. Entretanto, nos últimos anos observou-se uma redução no índice CPOD em nível nacional. Isso aconteceu, provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados no país (Brasil, 1988). Entre 1980 e 2003, a redução nos valores do índice CPOD no Brasil mostrou uma tendência consistente de queda ao longo do período, que correspondeu a um declínio. Tal redução é observada para o país como um todo e para as cinco regiões, evidenciando que todas elas contribuíram para o declínio nacional do CPOD (Narvai, et al., 2006).

Aproximadamente 70% dos países mundiais alcançaram a meta de apresentarem três dentes ou menos com experiência de cárie aos 12 anos de idade no ano 2000, conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 20 anos atrás (Nishi et al., 2002). Porém, são escassos os dados nacionais da real condição de saúde bucal aos 18 anos de idade.

Nesta fase os adolescentes não estão mais incluídos nos programas preventivos e curativos destinados aos escolares. Os poucos estudos epidemiológicos de cárie dentária, aos 18 anos de idade, foram realizados quase que exclusivamente em países desenvolvidos (Gonçalves et al., 2002).

O declínio da cárie dentária no mundo ocorreu acompanhado de um fenômeno conhecido como polarização da doença. Esse fenômeno consiste de uma concentração da maior parte da cárie, ou das necessidades de tratamento odontológico, em uma pequena parcela da população (Weyne, 1997).

Ainda que se saiba que é reduzida a contribuição dos serviços odontológicos na alteração dos níveis de cárie dentária em populações, é prudente considerar que, no Brasil, centenas de programas de odontologia em saúde pública foram alterados nas três últimas décadas. Dedicados basicamente às restaurações e extrações dentários em escolares de ensino fundamental, vários programas, bem organizados e dirigidos em nível municipal (em decorrência da descentralização do sistema de saúde brasileiro), foram modificados, passando a utilizar o referencial da odontologia preventiva e da promoção da saúde bucal (Narvai et al. 2006).

Medidas sociais e econômicas mais gerais, voltadas ao enfrentamento da exclusão social e intervenções de saúde pública complementares, dirigidas aos grupos mais vulneráveis, tanto no campo da promoção da saúde bucal quanto no âmbito mais restrito da assistência odontológica, continuam a desafiar os formuladores e gestores de políticas públicas brasileiras (Narvai et al. 2006).

O acesso aos serviços de saúde deve ser pensado na perspectiva de um serviço humanizado, desenvolvido por uma ESB efetivamente vinculada aos interesses da população, que tenha como grande objetivo proporcionar, junto com os gestores dos serviços públicos de saúde, condições adequadas para melhoria das condições de saúde bucal não apenas por

intermédio de medidas individuais. Tais medidas devem ser direcionadas para a redução da grande desigualdade social, apontada por vários autores como o principal fator na determinação da maioria dos agravos em saúde bucal, em especial a cárie (Noro et al., 2009).



### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral**

Analisar a organização e a integração entre a ESF e a ESB nas atividades educativas de saúde bucal direcionadas às crianças na faixa etária de seis a 10 anos.

#### **Objetivos Específicos**

- Verificar o grau de comprometimento dos dentes das crianças, na faixa etária de seis a 10 anos, atendidas por uma ESF.
- Realizar um planejamento inicial de atividades educativas voltadas para a prevenção em saúde bucal.

#### 4 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde São José, localizado na regional Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Sua área de abrangência são os bairros São José, Alípio de Melo, Jardim Inconfidência e a Vila São José. Essa unidade de saúde tem cinco ESF.

A ESF que realizou o estudo abrange microáreas nos bairros São José, Jardim Inconfidência e Vila São José. Essas microáreas são de médio risco e muito elevado risco, classificadas de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) de Belo Horizonte. De acordo com os moradores, o bairro iniciou com um loteamento da fazenda do “Melos”, invadida e vendida de forma irregular. No início não havia nenhuma infra-estrutura. As ruas não eram urbanizadas, não havia rede de esgoto, transporte, energia elétrica. Muitos animais de fazenda circulavam soltos pelas ruas. A ESF, designada como um, assiste cerca de 3458 pessoas. Dessas, 6,0% (233) possuem idade entre seis a 10 anos, sendo essa a população alvo trabalhada.

A coleta de dados aconteceu no período de março a abril de 2009. Para isso foi elaborada, pela ESF, uma planilha constando nome, endereço, data de nascimento e o nome da ACS (planilha 1-Apêndice A). As ACS da área, durante o acompanhamento mensal, preenchem a planilha. Após o levantamento, foi feita uma reunião para organização do evento.

Foram elaborados e impressos convites com o local e data do evento, os quais foram entregues as ACS com aproximadamente 20 dias de antecedência. Foram confeccionados kits de higiene bucal (escova de dente, creme dental, sabonete) para serem entregues no dia do evento. Houve, de forma sistemática, uma reunião com toda a ESF para planejamento e discussão dos recursos físicos, materiais, humanos e administrativos. A partir dos dados coletados iniciou-se a realização do evento conforme cronograma de atividades (Apêndice A).

O evento foi realizado em maio e junho de 2009 e recebeu o nome de “Sábado da Saúde”, já que se tratava de uma atividade educativa e classificatória voltada para a higiene bucal e corporal. A ESF se organizou para conseguir agendar e garantir a disponibilidade do local de realização da atividade que foi realizada em três sábados. O sábado é um dia em que todas as crianças e os pais e/ou cuidadores poderiam comparecer. Os dois primeiros encontros foram em uma Escola Estadual da região. O primeiro sábado foi dedicado a duas microáreas e o segundo sábado para duas outras microáreas. O último evento, que ocorreu no terceiro sábado, aconteceu no Centro de Saúde e foi destinado a apenas uma microárea, a que cobria a área da vila São José. Esta divisão levou em consideração a proximidade da área de moradia da população.

A execução do projeto constituiu na realização de atividades de orientação para higiene corporal e bucal, seguida de prática de lavagem das mãos e codificação dos dentes. As orientações da higiene corporal foram realizadas por uma enfermeira e por uma acadêmica de Enfermagem de uma faculdade particular de Belo Horizonte. As orientações sobre a higiene bucal foram realizadas por uma Técnica em Saúde Bucal (TSB). Para as atividades de orientação de higiene bucal foram utilizadas atividades lúdicas, seguida de uma discussão conjunta do grupo. Com o uso de um modelo de arcada dentária, foi demonstrada a forma correta de escovar os dentes.

Foi criado um personagem para a atividade, na figura de um palhaço, que recebeu o nome de “Palhaço Pimentinha”, isso permitiu que as crianças pudessem absorver mais o que era discutido. A caracterização do palhaço favoreceu a discussão, pois ele tinha touca de banho, bucha na mão, uma sacola com sabonete, toalha, creme e escova dental. Usar a figura de um personagem infantil, bem como filmes ou músicas permitem uma ação mais interessante e menos cansativa.

Foi realizada a prática correta de lavagem das mãos onde as crianças tinham a oportunidade de fazer aquilo que foi explicado durante o início da programação e oferecido lanche logo após. A seguir as crianças foram organizadas em grupos de 10 e foi então realizado a prática da escovação, acompanhada pela TSB e ASB da ESF. A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção da saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades (Brasil, 2004).

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas. Mas realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de Higiene Bucal Supervisionada (HBS), pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. A HBS visa à prevenção da cárie – quando for empregado dentifrício fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo (Brasil, 2004).

Posteriormente foi realizada a avaliação clínica quanto ao grau de comprometimento dos dentes. Enquanto aguardavam a escovação, as crianças eram convidadas a produzir desenhos relacionados aos temas trabalhados, ou seja, higiene corporal e bucal. Isso permitiu saber o grau de entendimento das crianças. Após o exame dos dentes as crianças retornavam para a sala de aula. Foram orientadas sobre o agendamento e avaliação com o dentista. Os casos mais urgentes foram priorizados. Os pais e cuidadores também foram orientados a falarem sobre o evento.

Ao final do encontro foram entregues os kits de higiene corporal e bucal, com intuito das crianças continuarem, em casa, a prática do que aprenderam e discutiram.

## **4.1 RECURSOS**

### **4.1.1 Recursos Físicos**

Para os dois primeiros eventos que foram realizados na escola utilizou-se:

- 1 sala de vídeo;
- 100 cadeiras;
- 1 televisão (29 polegadas a cores);
- 1 microfone;
- 1 caixa de som;
- 1 aparelho de som;
- 1 cantina para o lanche;
- 2 banheiros (1 masculino /1 feminino);
- 1 lavatório contendo 6 torneiras;
- Pátio da escola.

Para o evento no Centro de Saúde

- Sala de Reunião do Centro de Saúde;
- 60 cadeiras;
- 1 televisão 32 polegadas;
- 1 microfone;
- 1 caixa de som;
- Área externa da unidade com bancos para o lanche;
- Cozinha da unidade;
- 1 lavatório contendo 3 torneiras / 1 banheiro.

#### 4.1.2 Recursos Materiais

##### Evento

- Planilha;
- Computador, impressora e programas;
- Kit de escovação com escova, creme dental, sabonete;
- DVD com filme educativo;
- CD com musica infantil;
- Fantasia e pintura de palhaço;
- Arcada dentaria demonstrativa;
- Folha de papel para confecção de desenho;
- Lápis de cor;
- Giz de cera;
- Barbante;
- Balões;
- Tinta de colorir o rosto;
- Sabonete liquido;
- Folhas de papel toalha;
- Luvas;
- Abaixador de língua;
- Local de realização do evento.

##### Lanche

- Embalagem de cachorro quente;
- Salsicha;
- Molho;
- Guardanapos;
- Copos descartáveis;
- Suco natural.

##### Exame da mucosa oral

- Abaixador de Língua;
- Luvas de procedimento (P)

### Kit de higiene

- saquinhos de 25x20 cm transparente;
- fitilhos;
- creme dental;
- escova dental;
- sabonete.

### **4.1.3 Recursos Humanos**

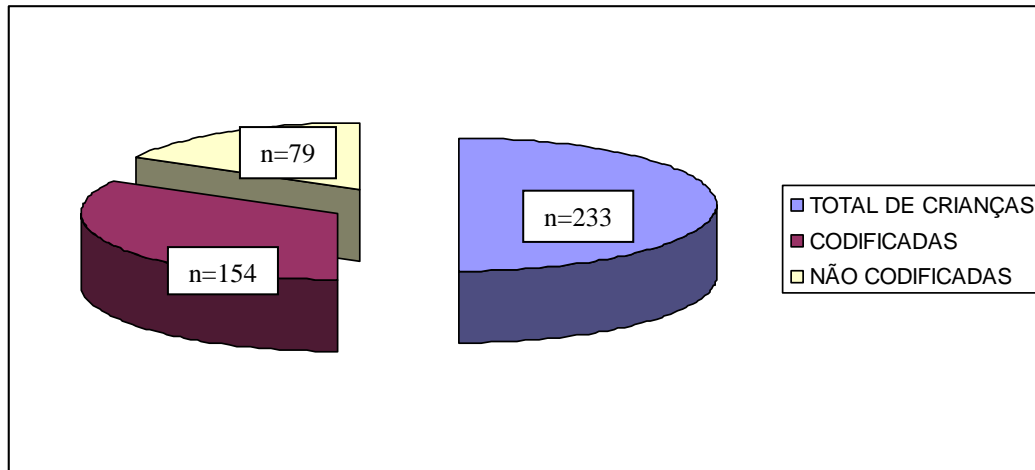
- ESF 01;
- 02 Acadêmicas de Enfermagem (8º período de Ciências Biológicas e da Saúde da Faculdade UNA);
- 3 ACS da ESF 02;
- Funcionários de serviços gerais da escola e da unidade.

### **4.1.4 Recursos financeiros**

- Bazar realizado pela ESF (Foi realizado durante 3 meses, todas as 4<sup>as</sup> feiras, na frente da Unidade de Saúde. As ACS ficavam responsáveis pela venda e a enfermeira, o dentista e os técnicos da saúde bucal responsáveis em conseguir as doações do material para o evento. Todo o dinheiro foi aplicado na compra do lanche e dos materiais para o dia do encontro.

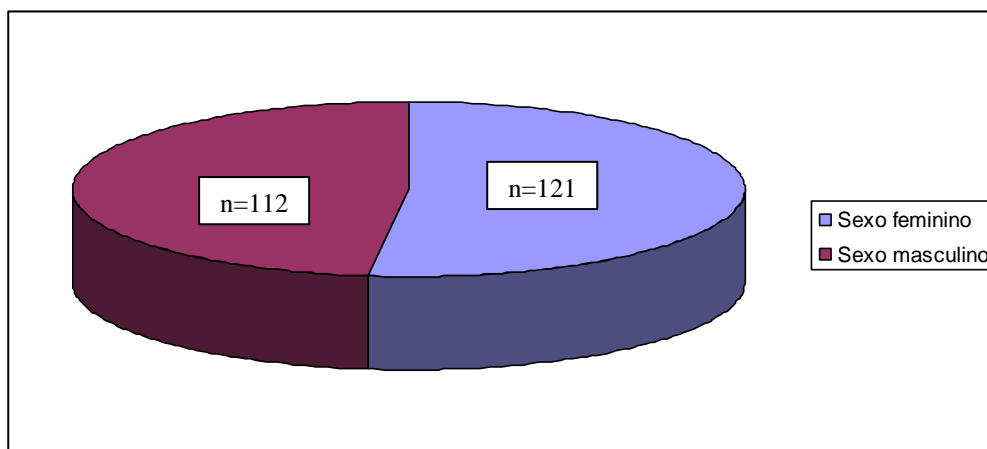
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de crianças da área de abrangência da ESF 01 avaliadas representou 66,0% (n=154) daquelas previamente convidadas (n=233) (Gráfico 1), havendo, portanto, uma perda de 34,0% (n=79) de crianças que não compareceram.



**Gráfico 1-** Distribuição das crianças da ESF 1 de acordo com a participação no estudo.

Desse total de crianças (n=233), 52,0% eram do sexo feminino e 48,0% do sexo masculino (Gráfico 2). Essa distribuição foi bem próxima, não influenciando nos resultados do estudo. Mas foi importante caracterizá-lo, para o conhecimento das características próprias da área.



**Gráfico 2-** Distribuição das crianças da ESF 1 de acordo com o gênero.

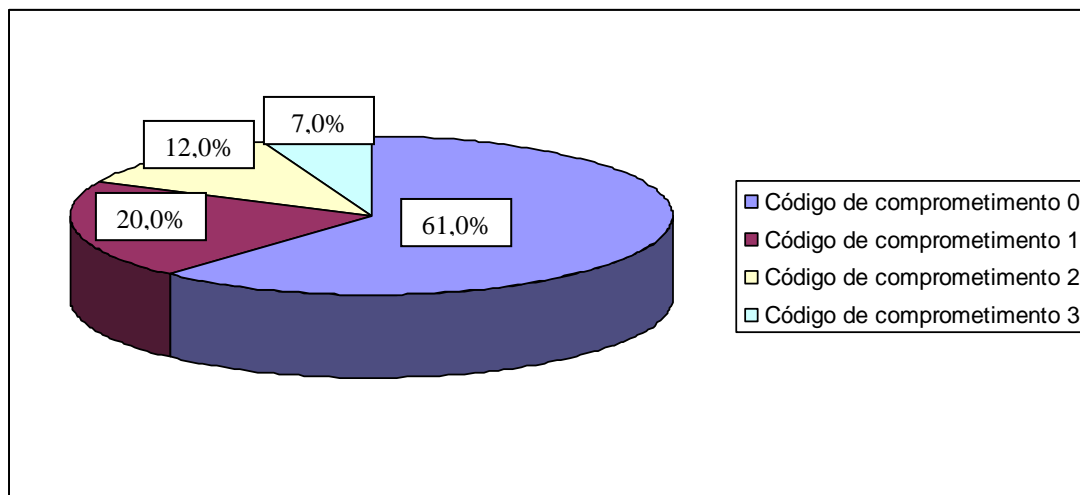


De acordo com o Gráfico 3, o grau de comprometimento zero apresentou percentual de 61,0%. A somatória dos códigos de comprometimento foi de 39,0% do total. A maioria das crianças do estudo não apresentou a doença cárie, mas o restante, apesar de não ter um grau de comprometimento grave, apresenta uma importante parcela de doentes.

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. Decorridos dez anos, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1996).

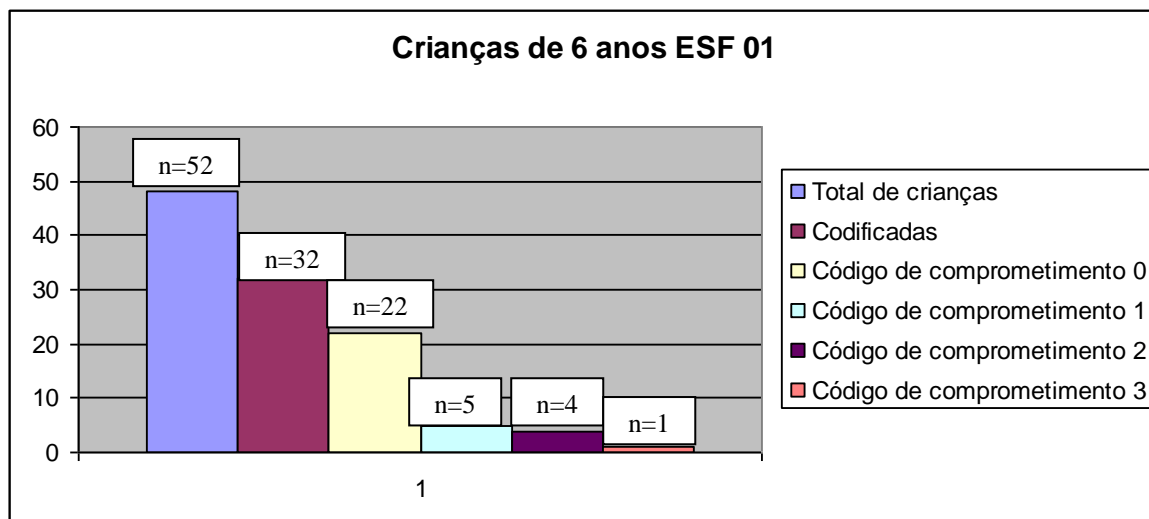
No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos. Este projeto, identificado como “SB Brasil”, que apresentou dados relativos ao perfil de saúde bucal da população brasileira (Projeto SB Brasil, 2003).

Em relação à população infantil, tanto na dentição decídua quanto na permanente, foram notáveis as diferenças na distribuição do ataque de cárie. Cerca de 27,0% das crianças de 18 a 36 meses de idade apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças aos 5 anos de idade. Quanto à cárie dentária na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90,0% dos adolescentes de 15 a 19 foram diagnosticados com menos um dente permanente com experiência de cárie dentária. Observou-se que há uma tendência de crescimento na prevalência em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo do CPOD/ceod. (BRASIL, 2004). A prevalência de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos foram profundamente elevados.



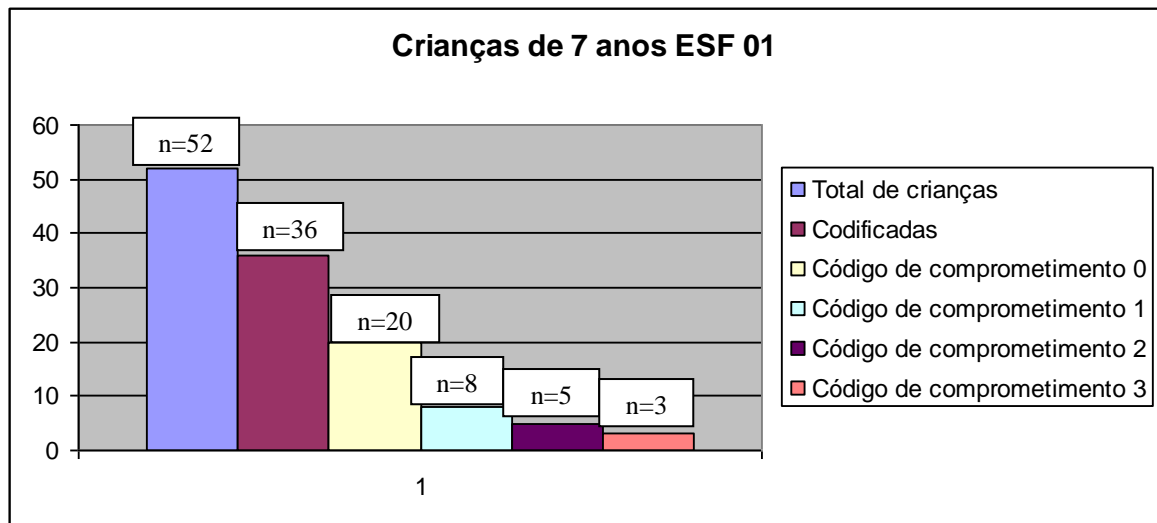
**Gráfico 3-** Distribuição das crianças da ESF 1 de acordo com o grau de comprometimento dos dentes.

As crianças de seis anos de idade representaram 20,6% da população total previamente selecionada (Gráfico 4). Deste percentual, foram examinadas 66,6 % delas. Dessas, 68,7% não apresentaram nenhum comprometimento, enquanto 31,3 % foram identificadas com algum grau comprometimento. Este foi considerado o grupo com o melhor índice de comprometimento zero e também com menor índice de comprometimento 3. Esses dados podem ser entendidos porque, muitas vezes, a supervisão dos pais nessa idade é mais presente. Com isso, a higiene bucal é realizada mais vezes e com supervisão durante o dia. Com o crescimento da criança é oferecida a ela independência, que é muito importante no autocuidado. Porém essa independência no cuidado com a higiene deve sempre ter o “olhar atento” dos pais/responsáveis a fim de acompanhar o desenvolvimento e mesmo de identificar dificuldades e problemas.



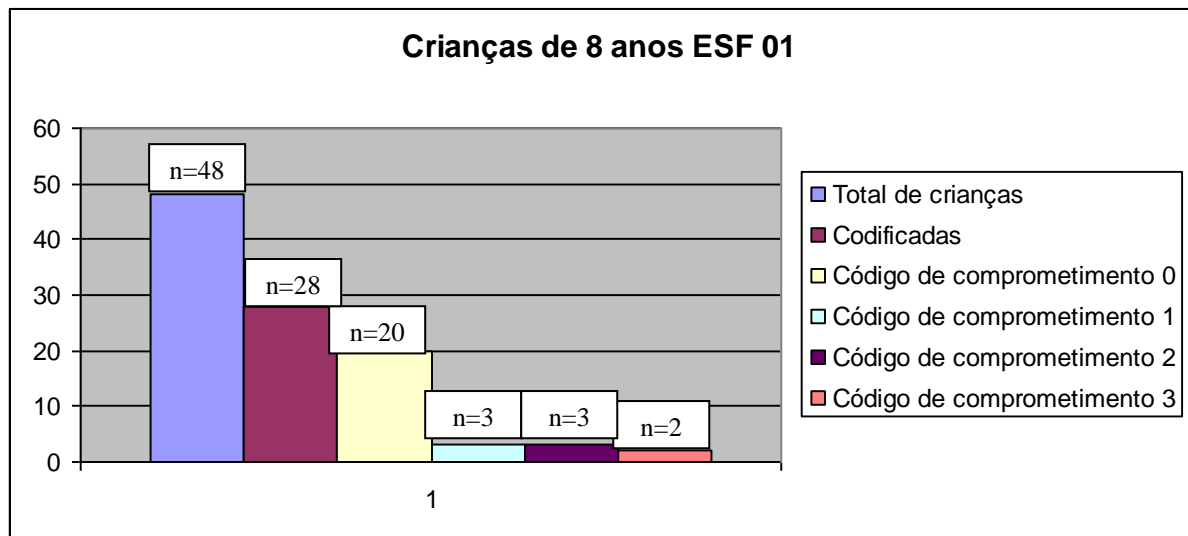
**Gráfico 3-** Distribuição das crianças com seis anos de idade da ESF 1 de acordo com o grau de comprometimento dos dentes.

As crianças de sete anos representaram 22,3% da população total selecionada. Deste percentual foram examinadas 69,2% dessas crianças (Gráfico 4). Dessas, 55,5% não apresentaram comprometimento e 44,5% foram diagnosticadas com algum comprometimento. Ao serem comparadas com as crianças de 6 anos de idade, houve um aumento considerável nas que apresentavam comprometimento. O número de crianças comprometidas ficou muito próximo daquelas identificadas com nenhum comprometimento. Isso indica uma necessidade de intervenção rápida, caso contrário esta proporção poderá aumentar ainda mais nos próximos anos. Outro fato que merece destaque é o grau de comprometimento 3, que triplicou para a idade de sete anos.



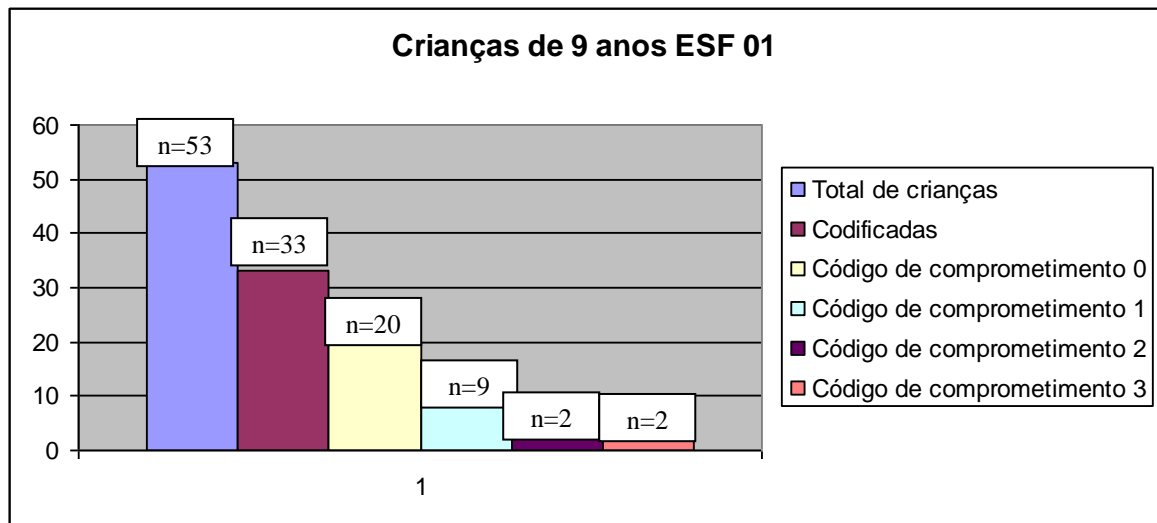
**Gráfico 4-** Distribuição das crianças com sete anos de idade da ESF 1 de acordo com o grau de comprometimento dos dentes.

As crianças de oito anos representaram 20,6% da população total a ser examinada (Gráfico 5). Desse percentual foram codificadas 58,4% das crianças. Dessas, 71,4% não foram identificadas com nenhum comprometimento, enquanto 28,6% foram diagnosticadas com algum grau de comprometimento. Ao serem comparadas com o grupo de crianças de seis e sete anos de idade, o percentual de crianças codificadas foi menor, explicando o aumento do percentual de examinados sem comprometimento em relação as demais idades, e também a mesma diminuição naquelas que apresentavam comprometimento.



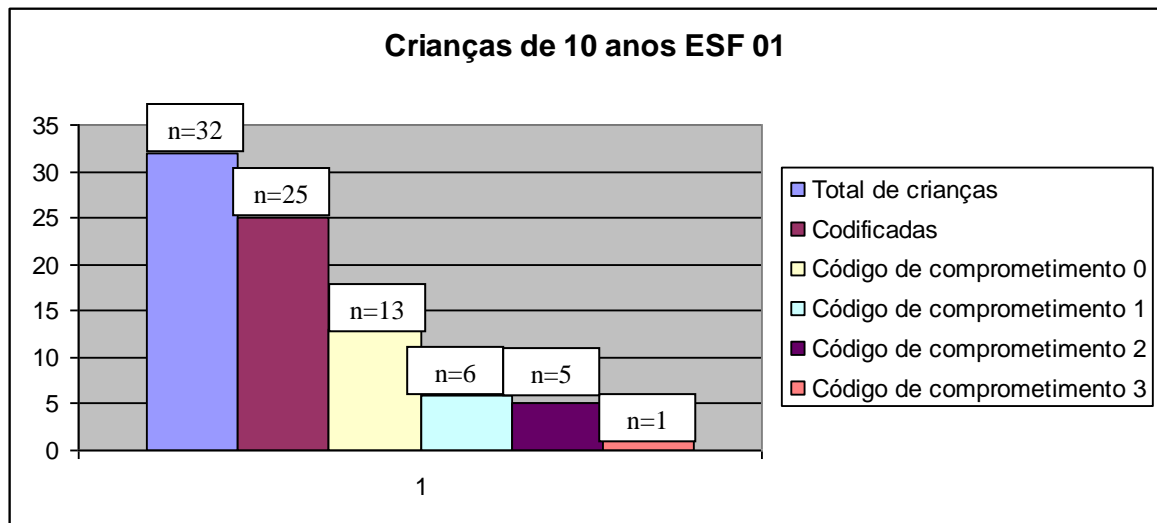
**Gráfico 5-** Distribuição das crianças com oito anos de idade da ESF 1 de acordo com o grau de comprometimento dos dentes.

As crianças de nove anos representaram 22,7% da população total a ser examinada (Gráfico 6). Dentro desse percentual, foram codificadas 62,3% de crianças. Dessas, 60,6% não foram identificadas com nenhum comprometimento e 39,4% apresentaram algum comprometimento. Ao serem comparadas com os grupos de participantes de seis, sete e oito anos de idade, o percentual de crianças codificadas novamente aumentou. No entanto, houve um aumento no percentual de crianças com nove anos comprometidas em relação às demais idades. Quanto aquelas crianças classificadas com grau de comprometimento 3, o número se manteve. Resultados semelhantes foram encontrados no Projeto SB Brasil (Brasil, 2004).



**Gráfico 6-** Distribuição das crianças com nove anos de idade da ESF 1 de acordo com o grau de comprometimento dos dentes.

As crianças de 10 anos de idade representaram 13,7 % da população total a ser examinada (Gráfico 7). Nesse grupo foram codificadas 78,1% das crianças. Dessas, 52,0% não foram diagnosticadas com nenhum comprometimento e 48,0% delas foram identificadas com algum grau de comprometimento. Ao serem comparadas aos grupos de seis, sete, oito e nove anos de idade, o percentual de crianças codificadas aumentou. No entanto, o número de crianças nesta idade foi menor. Um dado que merece destaque refere-se à proximidade do número de crianças com e sem comprometimento, o que volta a sugerir o caráter cumulativo da doença. Com relação aos participantes com grau de comprometimento 3, o número se manteve proporcional.



**Gráfico 7-** Distribuição das crianças com 10 anos de idade da ESF 1 de acordo com o grau de comprometimento dos dentes.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde em construir, com os usuários, a resposta possível as suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (Brasil, 2004).

Com relação à interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, sabe-se que a atuação da ESB não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo. Deve estar atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A ESB deve ser, e sentir, parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que o diagnóstico precoce permite uma intervenção rápida do profissional, evitando a piora do caso e mesmo orientando a necessidade do trabalho educativo. Muitas vezes as ações em saúde acontecem quando o usuário busca o serviço ou mesmo já está doente. Ações preventivas identificam situações de risco e mesmo auxiliam na intervenção direta do fato e também orientam a equipe à necessidade de trabalhar um tema ou mesmo um grupo que não era trabalhado.

Todos os pacientes classificados com o código de comprometimento 3 tiveram seu tratamento priorizado com o dentista e foram acompanhados por toda a equipe. Posteriormente foi agendada uma consulta individual com o generalista para este usuário. Esta consulta objetivava identificar outras questões de saúde. A ACS identificava a família envolvida e realizava um acompanhamento mais sistemático. Os outros graus de comprometimento também foram tratados. É importante salientar que todas as intervenções aconteceram na própria unidade, onde o tratamento e a assistência aconteceram no nível primário, e foi um tratamento conservador evitando a extração dentária.

O profissional de saúde é um aliado importante dos pais nas questões de saúde. Observamos que os pais se sentiram apoiados com as falas dos encontros e que isso favoreceu a higiene na rotina da casa. Muitas vezes também os pais solicitam o cuidado, mas os filhos não fazem, então as orientações dos profissionais estimulam e auxiliam conceitos conhecidos, mas pouco utilizados.

A necessidade de organizar um fluxo de aproximação da equipe permitiu o sucesso do evento com satisfação da equipe, e de que o trabalho teve muita relevância, pois tal diagnóstico jamais foi pensado. Com o diagnóstico em mãos, observou-se que há muito que se trabalhar com ações educativas, preventivas, pois caso contrário o paciente chegará com um grau de comprometimento grande que demandará de recursos cada vez maiores.



Com o avançar das idades o índice de comprometimento dos dentes aumentou. Por isso, caso aconteçam intervenções precoces, isso pode se interrompido e modificado. Por isso se faz necessário também a orientação permanente com avaliações periódicas.

Os resultados demonstraram que, durante todo o processo de planejamento e execução a equipe esteve interessada, preocupada. Perceberam que essa ação permitiu, e muito, a aproximação do trabalho. Este movimento foi tão intenso que as outras equipes da unidade também se dispuseram a realizar a atividade, com o objetivo tanto de interação da equipe como do diagnóstico e intervenção da saúde bucal das crianças. Verificou-se que a atividade de saúde não pertence somente um grupo profissional, claro que respeitando suas especificidades. Percebemos uma mudança no olhar do trabalho do outro, havendo, agora, mais interação nas consultas e nos encaminhamentos.

Muitas vezes os profissionais de saúde, de uma maneira geral, não consideram a cavidade bucal da criança no intuito de identificar problemas bucais. Mas, a partir deste estudo, e de sua apresentação, percebemos que os profissionais, durante as consultas, ficaram mais atentos a este fato. Até mesmo a visita do ACS foi modificada a partir deste estudo, que incentivou o encaminhamento e melhorou o conhecimento quanto à importância da saúde bucal.

## 7. REFERÊNCIAS

1	Araújo, Maria Arlete Duarte; Rocha, Evelin Cristina Araújo. <i>Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN*</i> . Rev. Adm. Pública vol.43 no. 2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009.
2	Bardal, Priscila Ariede Petinuci; Olypio, Kelly Polido Kanehiro; Valle, Ana Aída Lins do; Tomita, Nilce Emy. <i>Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa</i> . Ciência & Saúde Coletiva, 11 (1): 161 – 167, 2006.
3	Brasil, 1996; Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. <i>Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1.ª etapa: cárie dental: projeto. Brasília, 1996 apud</i> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4	Brasil, 1988; Ministério da Saúde. <i>Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986</i> . Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; (Série Estudos e Projetos).
5	Brasil, 2004; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. <i>Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal</i> . Brasília.
6	Brasil, 2006; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <i>Protocolo de Atenção à Saúde da Criança</i> . Brasília.
7	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <i>Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais</i> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8	Cabral, Amanda Priscila de Santana; Macedo, Cicera Lissandra Sá Vieira; Martelli, Petrônio José de Lima; Medeiros, Kátia Rejane; Monteiro, Ive da Silva; Pimentel, Fernando Castim; Silva, Shirley Florêncio da; <i>Perfil do Cirurgião Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco</i> . Revista Ciência & Saúde Coletiva. Julho a agosto de 2007, v.10 Manguinhos, RJ.

9	Fortuna, Cinira Magali; Mishima, Silvana Martins; Matumoto, Silvia; Pereira, Maria José Bistafa. <i>O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos</i> . Rev Latino-Am. Enfermagem v.13 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2005.
10	Frazão, Paulo; Marques, Débora S. Correia. <i>Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimento de saúde bucal</i> . Ciência & Saúde Coletiva, 11 (1):131 – 144, 2006 , <i>apud</i> Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: MS; 1993.
11	Frazão, Paulo; Marques, Débora S. Correia. <i>Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimento de saúde bucal</i> . Ciência & Saúde Coletiva, 11 (1):131 – 144, 2006.
12	Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. <i>Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil</i> . Cad Saúde Pública. 2002; 18(3):699-706.
13	Horowitz HS. Research issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; S 1: 67-81 <i>apud</i> Peres, Marco Aurélio Peres; Latorre, Maria do Rosário D. O.; Sheiham,Aubrey; Peres, Karen Glazer; Barros, Fernando Celso; Hernandez, Pedro Gonzales ; Maas, Angela Maria Nunes; Romano, Ana Regina ; Victora , Cesar Gomes. <i>Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil</i> . Rev. Bras. Epidemiol.Vol. 6, Nº 4, 2003 p. 294.
14	Minas Gerais, 2004. SAS/DNAS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: 224p. .
15	Minas Gerais, 2006. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Saúde bucal - Atenção primária. I.Título. 290 p, Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.
16	Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. <i>Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social</i> . Rev Saúde Publica. 2006; 19(6): 385-93.
17	Nishi M, Stjernswärd J, Carlsson P, Bratthall D. <i>Caries experience of some countries and areas expressed by Significant Caries Index</i> . Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30(4):296-301.
18	Noro, Luiz Roberto Augusto; Roncalli, Angelo Giuseppe; Júnior Francisco Ivan Rodrigues Mendes; Lima, Kenio Costa. <i>Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006</i> . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4): 783-790, abr, 2009.
19	Oliveira, Elaine Machado; Spiri, Wilza Carla. <i>Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional</i> . Rev Saúde Pública, 2006; 40(4):727-33.

20	Pan American Health Organization (PAHO). Oral Health. Directing Council. XL Meeting. Washington, DC; September 1997 <i>apud</i> Peres, Marco Aurélio Peres; Latorre, Maria do Rosário D. O.; Sheiham, Aubrey; Peres, Karen Glazer; Barros, Fernando Celso; Hernandez, Pedro Gonzales ; Maas, Angela Maria Nunes; Romano, Ana Regina ; Victora , Cesar Gomes. <i>Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil</i> . Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, Nº 4, 2003, p. 294.
21	Peres, Marco Aurélio Peres; Latorre, Maria do Rosário D. O.; Sheiham, Aubrey; Peres, Karen Glazer; Barros, Fernando Celso; Hernandez, Pedro Gonzales ; Maas, Angela Maria Nunes; Romano, Ana Regina ; Victora , Cesar Gomes. <i>Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil</i> . Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, Nº 4, 2003.
22	Sheiham A. <i>Changing trends in dental caries</i> . Int. J Epidemiol 1984; 13:1427.
23	Souza, Tatyana Maria Silva; Roncalli, Angelo Giuseppe. <i>Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial</i> . Cad. Saúde Pública vol.23 no. 11 Rio de Janeiro Nov. 2007.
24	Weyne, SC. <i>A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações</i> . In: Kriger L, organizador. <i>Promoção de Saúde Bucal</i> . São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.1-26.
25	WHO , World Health organization. Oral health survey. Basic Methods. Geneva, WHO; 1994 <i>apud</i> Peres, Marco Aurélio Peres; Latorre, Maria do Rosário D. O.; Sheiham, Aubrey; Peres, Karen Glazer; Barros, Fernando Celso; Hernandez, Pedro Gonzales ; Maas, Angela Maria Nunes; Romano, Ana Regina ; Victora , Cesar Gomes. <i>Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil</i> . Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, Nº 4, 2003, p. 294.

## APÊNDICE A

### Planilha de Crianças de 6 a 10 anos – ESF 01

	NOME	D. N.	IDADE	SEXO	CÓD. 0	CÓD. 1	CÓD. 2	CÓD. 3	ACS
1									
2									
3									
4									

### Classificação de Comprometimento dos dentes

CLASSIFICAÇÃO	TIPO DE USUÁRIO
0	Usuário que não apresentam dentes permanentes / temporários cariados com cavidades.
1	Usuário que apresentam até 03 dentes permanentes / temporários com cavidades.
2	Usuário que apresentam de 04 a 08 dentes permanentes / temporários com cavidades.
3	Usuário que apresentam mais de 09 dentes permanentes / temporários com cavidades.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de BH

### CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

HORÁRIO	PROGRAMAÇÃO
8:30 às 08:45	Abertura. Filme Educativo.
8:45 às 09:00	Orientação Educação Oral e Saúde Bucal (modelo bucal)
9:00 às 09:30	Orientação Higiene Corporal (música, palhaço)
9:30 às 09:45	Prática da lavagem das Mãos.
9:45 às 10:20	Lanche.
10:20 às 11:00	Prática de Escovação.
11:00 às 11:35	Codificação dos Dentes.
11:35 às 11:45	Entrega dos kits. Encerramento do evento. Agradecimento.