

OI FILANTROPIA: SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA PARA PRÉ-ESCOLARES

Luiza Beatriz Thurow¹
 Marieli Dias Furtado²
 Josiane Luzia Dias Damé³
 Tania Izabel Bighetti⁴

RESUMO: O projeto de extensão “OI Filantropia – Odontologia e Instituições Filantrópicas” da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPel) vêm desenvolvendo intervenções na instituição filantrópica Casa da Criança São Francisco de Paula da cidade de Pelotas/RS. Sua proposta é realizar ações coletivas e individuais de saúde bucal com crianças, além da gestão do serviço odontológico da instituição. Objetivou-se descrever as ações desenvolvidas pelo projeto no ano de 2017 e seus resultados, bem como apresentar os principais dados sobre a organização da instituição; o conhecimento das professoras/monitoras em relação à saúde bucal e a condição de saúde bucal das crianças. A equipe do projeto realizou intervenções na instituição em um turno semanal. Os dados sobre o funcionamento da instituição foram coletados através de questionário aplicado a equipe diretiva e professoras/monitoras. Os de saúde bucal e atividades do projeto de extensão foram obtidos através de planilhas e prontuários. Observou-se que a instituição tinha organização relevante para o bom funcionamento e para manter o cuidado das crianças. Os funcionários apresentavam-se abertos a melhorar e escutar a equipe do projeto. Metade das crianças apresentou risco moderado para desenvolver cárie dentária; 67% das crianças tinham placa visível e 42,5% mordida aberta anterior. Dos pré-escolares, 92% receberam pelo menos uma escovação dental supervisionada. Concluiu-se que permanece a necessidade de melhorar os resultados de qualidade de saúde bucal das crianças, através da promoção, prevenção e educação em saúde bucal. Durante o processo de trabalho, notou-se o cuidado que as professoras/monitoras desempenhavam com as crianças.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Instituições de Caridade. Extensão Comunitária. Pré-Escolar.

OI FILANTROPIA: ORAL HEALTH OF CHILDREN IN A PHILANTHROPIC INSTITUTION FOR PRESCHOOLERS

ABSTRACT: The extension project "OI Filantropia – Odontologia e instituições filantrópicas" from the Faculty of Dentistry, Federal University of Pelotas (FO-UFPel) have been developing interventions in the philanthropic institution Casa da Criança

¹ Cirurgiã-dentista – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas. E-mail: lb.thurow@yahoo.com.br.

² Cirurgiã-dentista – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas.

³ Cirurgiã-dentista/Técnica administrativa – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas.

⁴ Professora associada II – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas

São Francisco de Paula, Pelotas/RS. Its proposal is to carry out collective and individual oral health actions with children, in addition to the management of the dental service of the institution. It was intended to describe the actions developed in the project in the year 2017 and its results, as well as presenting the main data on the organization of the institution; the knowledge of teachers/monitors related to oral health and the condition of oral health of children. The project team performed interventions at the institution in a weekly shift. The data on the functioning of the institution were collected through a questionnaire applied to the management team and teachers/monitors. Oral health and extension project activities data were obtained through spreadsheets and charts. It was observed that the institution had an organization relevant to the proper functioning and to maintain the care of the children. Employees were open to improving and listening to the project team. Half of the children presented moderate risk to develop dental caries; 67% of children had visible plaque and 42.5% anterior open bite. From preschool, 92% received at least one supervised dental brushing. It was concluded that there remains the need to improve the results of the quality of oral health of children, through promotion, prevention and education in oral health. During the work process, we noticed the care that teachers/monitors played with children.

Keywords: Oral Health. Charities. Community-institutional Relations. Child pre-school.

1 INTRODUÇÃO

A filantropia pode ser definida por ações voluntárias que visam o bem ao próximo. Através de doação de tempo, ajuda financeira, doação de carinho, sendo de caráter social ou receber ajuda de fundações e empresas, sem envolvimento governamental e sem fim lucrativo (RICO, 1997; ALVES, 2002).

As instituições filantrópicas podem ser hospitais, asilos, creches (ALVES, 2002). No caso das instituições para crianças, elas surgiram pela necessidade de um maior cuidado e atenção dos menores (PACHECO; DUPRET, 2004). Desse modo, buscam interferir nos determinantes sociais da saúde, que são condições de vida que refletem como um todo na saúde física, mental e social do indivíduo (BUSS; FILHO, 2007).

A instituição é um ambiente de formação de conhecimentos e hábitos que são levados para sua vida (FERREIRA, 2009). Sabe-se que pré-escolares institucionalizados têm grande chance de desenvolver doenças, e que a doença cárie acomete crianças dessa faixa etária causando dor e sofrimento (RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005). Dados mostraram que menos de 50% das crianças brasileiras estavam livres de cárie dentária aos 5 anos de idade (BRASIL, 2010). Demonstrando

a necessidade de intervenções de prevenção e educação em saúde, para a melhora da qualidade de vida das crianças. Nessa faixa etária as crianças necessitam da presença de um adulto para acompanhar suas atividades e transmitir conhecimento (MELO et al., 2011; ALMEIDA et al., 2011; FERREIRA et al., 2011). Às vezes, os cuidadores não são capacitados para a promoção de saúde e necessitam de apoio nessa área (MARANHÃO, 2000).

Assim, buscar o atendimento integral com o objetivo de proporcionar uma atenção relacionada a ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos é muito importante para as crianças. Visando, desta maneira, a saúde do ser e não somente a doença (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007). Instituir a promoção da saúde ao pré-escolar integra todas as pessoas que estão próximas ao contexto da ação, englobando a família, comunidade escolar e a sociedade (GONÇALVES et al., 2008). Quando o processo de doença já se estabeleceu é preciso recuperar e reabilitar este indivíduo, trazendo-o de volta ao contexto de saúde (CARVALHO et al., 2009). Além disto, cabe salientar a importância das professoras e monitoras que cuidam diariamente das crianças. As atividades que os educadores desenvolvem com as crianças é importante para a formação psíquica destes seres, que estão na fase de compreensão e solidificação do conhecimento e das relações sociais (SPADA, 2005).

Para atender a esse público, o projeto de extensão “OI Filantropia – Odontologia e Instituições Filantrópicas” da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPel) vêm desenvolvendo intervenções na instituição filantrópica Casa da Criança São Francisco de Paula da cidade de Pelotas/RS. Esse projeto tem como objetivo realizar ações coletivas e individuais de saúde bucal com crianças, além da gestão do serviço odontológico da instituição.

2 DESENVOLVIMENTO

A Casa da Criança São Francisco de Paula é uma instituição constituída pela união de pessoas, não tem fins econômicos e busca assistir, durante o dia, crianças de zero a seis anos de idade, de ambos os sexos, que por condições de vida e de trabalho dos pais, necessitam de assistência familiar (CCSFP, 2017).

Tem como missão assegurar a primeira etapa da educação infantil básica proporcionando o desenvolvimento integral para a criança, em seus aspectos físico,

psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade (CCSFP, 2017).

Na perspectiva de maior detalhamento sobre o funcionamento da instituição, foi elaborado um projeto de pesquisa “Processo de trabalho e saúde bucal de crianças institucionalizadas na Casa da Criança São Francisco de Paula - Pelotas/RS” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Parecer consubstanciado no. 2.258.943 de 7/09/2017), com várias vertentes: junto à equipe diretiva, às professoras/monitoras e uso dos dados relativos à condição bucal e tratamento das crianças. Os aspectos éticos foram respeitados conforme recomenda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que os pais/responsáveis autorizaram os exames bucais e tratamento odontológico das crianças, durante os procedimentos de matrícula na instituição.

Também houve autorização da instituição e todos os participantes de entrevistas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

No ano de 2017 foram realizadas atividades de atenção e assistência em saúde bucal em um turno semanal, com a participação de acadêmicos da FO-UFPeI, supervisionados por uma professora e uma cirurgiã-dentista.

Houve a preocupação de se conhecer o funcionamento da instituição em relação a: número e formação dos funcionários; forma de ingresso das crianças; abordagem sobre saúde bucal pelas professoras e monitoras; forma com que a instituição se mantém economicamente; características das refeições escolares, rotina escolar das crianças; e situação perante o serviço de vigilância sanitária do município.

A coleta destes dados foi realizada por meio de entrevistas e uso de um questionário elaborado previamente e impresso. Foi marcado um horário para sua aplicação com a equipe diretiva (diretora e assistente social).

Outro aspecto importante foi o de identificar os conhecimentos das professoras/monitoras em relação à saúde bucal das crianças, como: momento de higiene pessoal das crianças; horário para escovação dental de cada turma; número de vezes ao dia; como e quem realizava a escovação; a quantidade de dentifrício fluoretado utilizada; outros recursos de higiene utilizados; se as monitoras e

professoras já receberam informação sobre saúde bucal; se elas se sentiam capazes de realizar uma escovação satisfatória; se consideravam importante a higiene bucal em casa e na instituição; se percebiam que as crianças tinham cárie dentária ou dor de dente; seu entendimento sobre o uso prolongado da chupeta; se as crianças utilizavam a chupeta durante o dia; por quanto tempo e se pediam a chupeta.

A coleta destes dados foi realizada por meio de entrevistas e uso de um questionário elaborado previamente e impresso. Para sua aplicação organizou-se da seguinte forma: enquanto uma professora ficava na sala de aula com as crianças, entrevistava-se a outra e assim sucessivamente.

Para iniciar as atividades com as crianças, foi elaborada uma ficha com os agravos a serem avaliados durante o processo de triagem da situação de saúde bucal de cada criança.

Foram avaliados os seguintes agravos: placa visível, gengivite, mancha branca de cárie, cavidades ativas e inativas, cárie tratada, urgência, mordida aberta anterior, e por fim, classificar o nível de risco da criança (baixo, moderado e alto). Esta classificação permitiu analisar a situação de cada criança e planejar as intervenções adequadas a cada caso, de forma a abordar o indivíduo como um ser integral, refletindo e intervindo na raiz do problema.

O exame na cavidade bucal das crianças foi realizado nas próprias salas de aula de cada turma. Na turma do berçário eram crianças de um ano de idade e para elas foi necessário utilizar a técnica “joelho-joelho” (SZPILMAN et al., 2012). Consistia em realizar uma adaptação para conseguir uma posição que permitisse melhor visualização de todas as estruturas internas da cavidade bucal dos bebês.

Dois acadêmicos ficavam sentados de frente um para o outro, e a criança com a cabeça apoiada no colo de um deles, para que esse pudesse realizar o exame e falar as observações para um terceiro acadêmico, que anotava na ficha da triagem. Já para as crianças maiores, elas sentavam numa cadeira e assim era possível realizar a inspeção bucal. Ambos foram realizados sob a luz natural da sala de aula. Utilizou-se equipamento de proteção individual (luvas, máscara, touca) e espátula de madeira para afastar os tecidos bucais (bochechas) e deixar visíveis todas as estruturas.

Ainda, dentro das atividades coletivas, estavam as ações preventivas de escovação supervisionada em sala de aula para a prevenção das lesões cáries e inserção do hábito de higiene bucal na vida das crianças. A escovação dental supervisionada direta (BRASIL, 2009) foi realizada logo após a triagem, para que durante o ano letivo cada criança tivesse recebido pelo menos uma escovação dental supervisionada com dentífrico fluoretado. No caso das crianças que saíam da instituição, buscou-se realizar pelo menos duas escovações no ano. Ressalta-se que fazia parte da prática da instituição a escovação dental supervisionada indireta (BRASIL, 2009) pelas professoras/monitoras. Cada sala tinha uma pia e cada criança possuía a sua escova dental identificada com o seu nome. A escova era trocada a cada seis meses pelo projeto de extensão, e, em caso de necessidade de outra reposição, isto era feito pela instituição.

Foram realizadas atividades clínicas no consultório odontológico da instituição, como restaurações dentárias, exodontias, intervenções pulpares, aplicação de verniz e/ou gel fluoretado. Além disto, os casos de urgência também eram atendidos. Algumas crianças apresentavam resistência no primeiro atendimento. Partia-se para a adaptação comportamental para inserir ações positivas de bem-estar, e afastar o medo do desconhecido presente nesta criança frente ao consultório e profissional da saúde. Para esse fim, foram empregadas as técnicas de moldagem do comportamento básico: diga-mostre-faça, controle de voz, comunicação não-verbal, reforço positivo e distração (KLATCHOIAN; NORONHA; TOLEDO, 2009).

Conforme necessidade de colaboração dos pais, foi realizado contato e agendada uma conversa na semana seguinte de atividades. No encontro, buscou-se entender o contexto familiar, esclarecer a situação e solicitar apoio do responsável para trazer a criança ao contexto de saúde. No período, 5 (cinco) pais/responsáveis foram solicitados para conversas em função de condições bucais mais graves e que necessitavam de maior cooperação familiar.

Os dados relativos aos exames bucais e escovação dental supervisionada foram registrados em planilhas do programa Microsoft Office Excel versão 2017 e os dos atendimentos clínicos foram registrados em prontuários individuais. Os relativos às entrevistas com a coordenação foram anotados em fichas. Os coletados junto às

professoras e monitoras foram digitados com uso do programa EpiData versão 3.1 e analisados com o programa EpiData Analysis versão V2.2.3.187.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme relato da equipe diretiva, como a instituição é uma entidade filantrópica, para se organizar financeiramente, ela recebe verba da União (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica - FUNDEB) para manutenção de quadro funcional (principal recurso). Além disso, para manter financeiramente os gastos da instituição, recebe doações, mensalidades de sócios, organiza festas para arrecadar fundos, aluga o salão de festas da instituição e recebe doações de mantimentos da Prefeitura Municipal de Pelotas.

O serviço municipal de Vigilância Sanitária visita a instituição com frequência anual. Caso tenha alguma exigência a ser cumprida, retornam em três meses para fiscalizar o cumprimento do pedido. Segundo relatos da equipe diretiva, a casa tem cumprido todos os requisitos do serviço. Adequa-se às regulamentações para obter o alvará, e cumprem com os prazos determinados. Está com alvará de um ano, projeto dos bombeiros aprovado, sem necessidade de hidrante, pois a estrutura tem rota de fuga.

Ainda segundo relatos da equipe diretiva, a instituição conta com 37 funcionários. Estes estão distribuídos conforme os seguintes cargos e escolaridade: um motorista (ensino fundamental), uma secretária (ensino médio), dez professoras (cinco com pedagogia e cinco com curso normal), treze monitoras auxiliares (ensino médio), oito funcionários de serviços gerais (ensino fundamental), uma diretora (graduação em letras, especialização em gestão escolar), uma psicóloga (graduação em psicopedagogia), uma assistente social (graduação e especialização em psicossocial) e uma coordenadora pedagógica (pós-graduação em pedagogia).

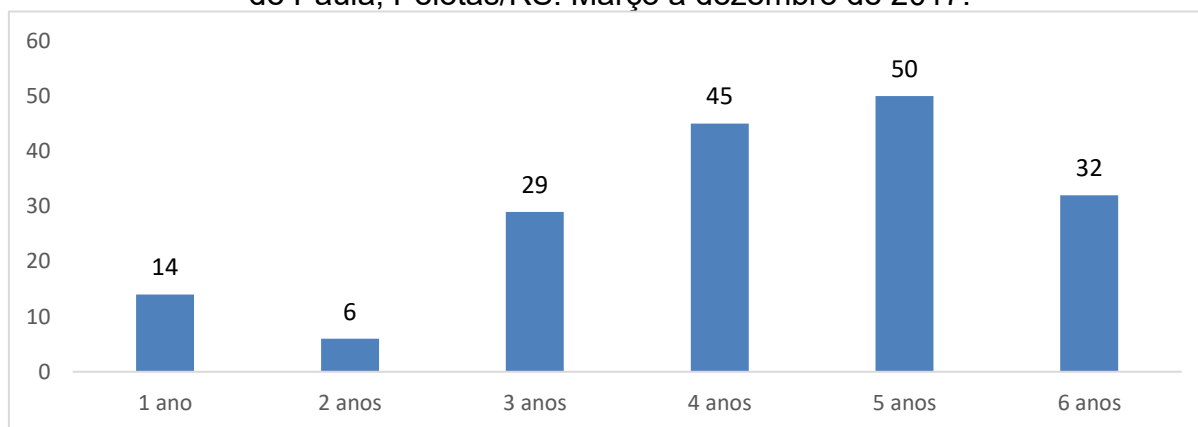
Tem dez salas de aula para acolher as turmas de berçário, maternal A, maternal B, maternal C, jardim, pré I, pré IA, pré IB, pré IIA, pré IIB. No final de cada ano são as turmas pré IIA e pré IIB que se formam e deixam a instituição, indo em busca de outra escola para seguir a vida escolar de aprendizagem.

Em cada sala de aula estão presentes uma professora e uma monitora, exceto na turma do berçário em que ficam uma professora e duas monitoras, pois são

crianças de um ano de idade, necessitando uma maior atenção dos cuidados. Totalizam-se 21 funcionárias envolvidas diretamente com as crianças. Para as novas crianças que desejam entrar na casa, é feito no início de cada ano uma seleção de todos os inscritos, através de um edital, que informa os requisitos aos pais e responsáveis. Os requisitos são os seguintes: em primeiro lugar a área de abrangência (endereços mais próximos da instituição); em segundo lugar os beneficiados por programas sociais do governo; em terceiro lugar a avaliação da necessidade e entrevista com os pais para vagas remanescentes.

Devido à entrada e saída de crianças durante o ano, ocorreu uma pequena flutuação no número total de crianças matriculadas na instituição. Foram identificadas 206 crianças que estiveram matriculadas em algum momento durante o ano de 2017. Dentre elas, 26 desligaram-se da instituição antes que pudessem ser abordadas e quatro continuavam matriculadas ao final do ano, mas não foram encontradas nos turnos de atividade do projeto. Assim, avaliou-se a condição de saúde bucal de 176 crianças. A Figura 1 apresenta a distribuição das crianças por idade. Observou-se que o maior número de crianças se encontrava na faixa etária de 4 e 5 anos de idade.

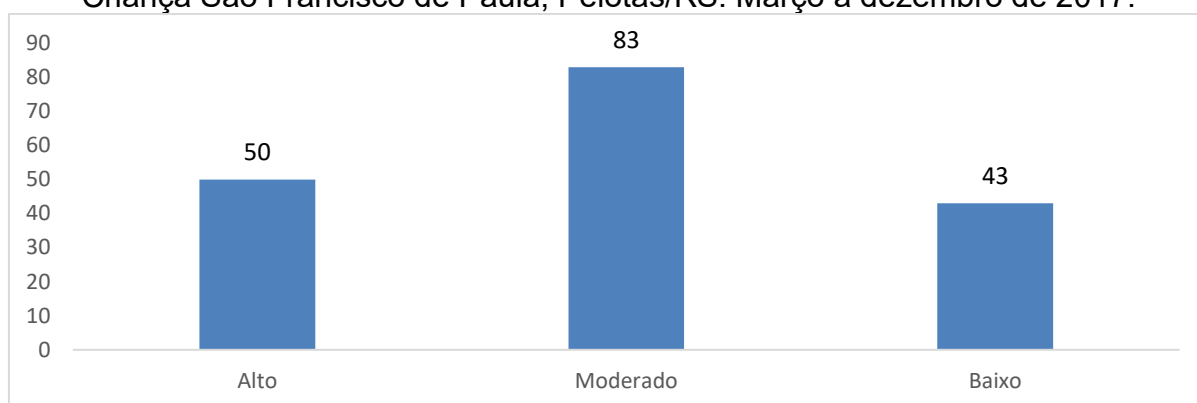
Figura 1 – Número de crianças avaliadas por idade. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas/RS. Março a dezembro de 2017.



A Figura 2 apresenta os resultados relativos às 176 crianças avaliadas na triagem. Observou-se que 47,2% apresentavam risco moderado (presença de placa visível, gengivite, cavidade inativa de cárie, restauração), 28,4% com alto risco (presença de mancha branca, cavidade ativa de cárie, dor, abscesso de origem dentária) e 24,4% com baixo risco (sem história de cárie, placa visível, gengivite).

Aproximadamente metade das crianças apresentou risco moderado de cárie. Ainda existe a necessidade de prevenção e intervenção precoce na saúde bucal dos pré-escolares para evitar tratamentos futuros (TOMITA, 1996). A saúde bucal está intimamente ligada a circunstâncias culturais da família e da sociedade, e ainda envolve as condições socioeconômicas dessa população (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

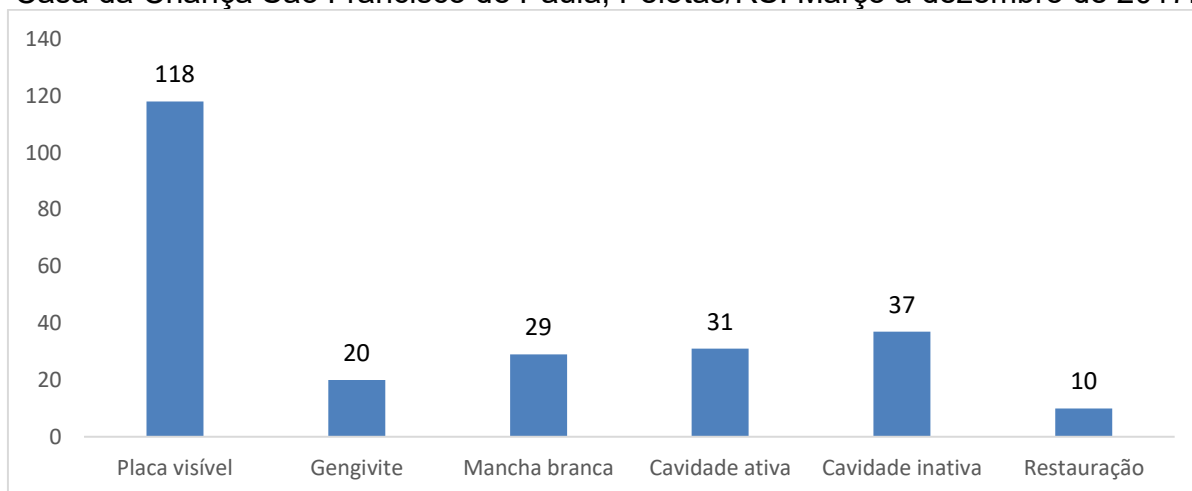
Figura 2 – Classificação de risco da cárie dentária identificado na triagem. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas/RS. Março a dezembro de 2017.



Em relação aos fatores de risco para cárie dentária, observou-se a presença de placa visível em 118 crianças (67%). Em relação à experiência de cárie dentária 29 crianças (16,5%) apresentavam mancha branca (média de 0,38 dentes por criança); 31 crianças (17,6%) com cavidades ativas (média de 0,73 dentes por criança); 37 crianças (21%) com cavidades inativas (média de 0,41 dentes por criança). Somente 10 (5,7%) tinham dentes restaurados com média de 0,07 dentes por criança (Figura 3).

Estes resultados indicam que muitas crianças apresentavam placa visível e apontam que ainda é necessário promover o conhecimento e o autocuidado dos familiares em relação aos cuidados bucais dos escolares (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004). Observou-se que 67 crianças (38%) tinham experiência de cárie dentária, sendo que algumas apresentavam mais de um fator, logo, encaminhando para o fenômeno da polarização da cárie dentária, que é explicado pelo acúmulo da doença em baixa fração da população estudada (CARDOSO et al., 2003).

Figura 3 – Fatores de risco e experiência de cárie dentária, identificados na triagem. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas/RS. Março a dezembro de 2017.



Durante a triagem, foram identificadas 75 (42,5%) crianças que apresentavam mordida aberta anterior, que se caracteriza por um trespasse vertical negativo entre as bordas incisais dos dentes anteriores, ou seja, ausência de contato de alguns dentes da frente quando a criança morde, sendo causada pela sucção prolongada da chupeta ou dedo, o que acaba por modificar o arco dentário superior (ZAPATA et al., 2010).

Em relação ao uso da chupeta durante o dia, 13 professoras/monitoras responderam que as crianças sob sua responsabilidade não usam. No que diz respeito à chupeta, 15 professoras/monitoras responderam que as crianças pediam durante o dia; e nove responderam que o pedido era na hora do sono e para ver televisão. Todas responderam que o uso prolongado da chupeta poderia trazer algum prejuízo para a criança, sendo que dez justificaram que modificaria a arcada dentária. O hábito de sucção de chupeta é considerado um fator de risco para a má oclusão da criança (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000).

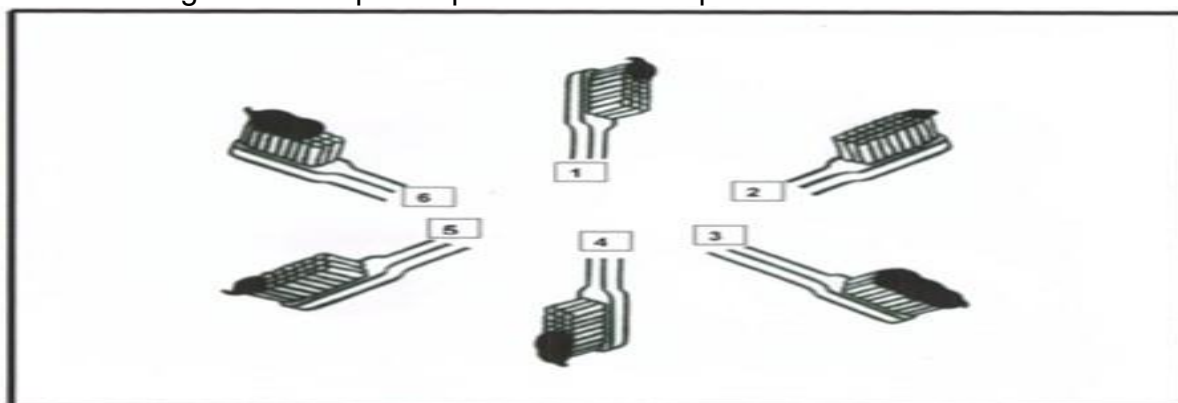
Em relação à escovação dental direta, 162 crianças receberam uma escovação dental supervisionada (92%) e 39 crianças (que saíram da instituição no final de 2017) receberam pelo menos duas escovações. Optou-se por não realizar escovação dental direta em crianças do berçário (n=14). Em todas as outras salas este procedimento era realizado em seguida da triagem, mas, no caso das crianças do berçário, os exames bucais, já geravam um desgaste emocional. Como as professoras/monitoras

colaboram com a higiene bucal (escovação indireta) dos pré-escolares, a proposta é de se realizar um reforço para elas sobre os principais cuidados com esta faixa etária.

Na maioria das salas eram as próprias professoras/monitoras que realizavam a escovação dental e apenas as crianças maiores (5 a 6 anos de idade) iniciavam a escovação sozinha e depois recebiam auxílio. A maior parte realizava a escovação no turno da tarde, utilizando escova, dentifrício fluoretado e toalha.

Buscou-se identificar a quantidade de dentifrício que as monitoras colocavam nas escovas de dentes. Para isto utilizou-se uma imagem (Figura 4) com um esquema proposto por Forni (2005) com quantidades relativas a 0,11g [2], 0,25g [5], 0,5g [1], 0,75g [4], 1,0g [6], mais de 1g [3]. As quantidades adequadas variam de acordo com cada faixa etária. Assim, para crianças de zero a três anos de idade, o ideal é não ultrapassar 0,25g e para as de três a seis anos, não ultrapassar 0,5g (FORNI, 2005).

Figura 4 – Esquema para escolha de quantidade de dentifrício.



Fonte: FORNI, 2005.

A Tabela 1 apresenta as respostas das professoras/monitoras em relação à quantidade de dentifrício fluoretado que era colocada nas escovas de dentes das crianças.

Tabela 1 – Distribuição das professoras/monitoras segundo quantidade de dentifrício colocada nas escovas de dentes. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas/RS. Março a dezembro de 2017.

Quantidade de dentifrício	Número	Porcentagem
[2] 0,11 g	7	33,3
[5] 0,25 g	3	14,4
[1] 0,5 g	7	33,3
[4] 0,75 g	2	9,5
[6] 1 g	2	9,5
[3] +1 g	-	-
Total	21	100,0

Observou-se que 81% das professoras/monitoras colocavam quantidades entre 0,11 e 0,5 gramas de dentifrício fluoretado nas escovas de dentes das crianças, que são consideradas ideais, pois nessa faixa etária existe a possibilidade de ingestão de dentifrício e risco para a ocorrência de fluorose dentária (BRASIL. 2009). Assim, é importante que se faça um trabalho individual com as quatro monitoras que apontaram as figuras [4] e [6] para orientações e um reforço positivo com as demais.

Em relação as professoras/monitoras conseguirem realizar uma escovação dental satisfatória nas crianças, 95% responderam que se sentiam capazes. O motivo que as levava a acreditar foi variado (experiência, capacitação, informação entre outros), mas relataram que poderiam melhorar e destacaram a importância da escovação. Todas consideraram a relevância da escovação na instituição e no ambiente familiar.

A equipe diretiva da instituição relatou que reforçava para as professoras e monitoras a importância sobre os cuidados de higiene pessoal e sobre a relevância da escovação dentária.

No consultório odontológico foram realizados 31 exames clínicos, sendo que 18 foram para tratamento e 13 para acompanhamento da evolução da saúde bucal da criança. Foi realizada ainda a adaptação comportamental de sete crianças. No total, foram efetuados 23 procedimentos, entre restaurações, exodontias e intervenção pulpar. E, por fim, aplicação tópica de flúor em 13 crianças. É importante destacar que, pelo fato de serem crianças de um a seis anos de idade, qualquer procedimento clínico necessitará uma abordagem especial. Isto porque a criança tem dificuldade em

contribuir com o tratamento, é difícil permanecer quieta por minutos e apresenta ansiedade frente a intervenção (POSSOBON et al., 2003).

Como as crianças permaneciam o dia inteiro na instituição, segundo a equipe diretiva, era necessária uma organização do cardápio escolar das merendas. Este era feito com a ajuda de uma nutricionista e também acompanhado pelo “Mesa Brasil” (projeto do Serviço Social do Comércio - SESC), podendo ter algumas alterações devido ao tipo de doações que chegavam à instituição.

O relato da equipe diretiva sobre o cardápio foi o seguinte: de manhã leite e bolacha; no almoço arroz, feijão, carne e uma mistura (verdura/legume), sobremesa (fruta); café da tarde leite e pão e, dependendo do que era ofertado no café da tarde, poderia ter mais um lanche antes da saída. Por dia, o número de merendas era quatro, porém, por motivos de adaptação, poderia ser alterada para cinco refeições, com acréscimo de uma refeição na tarde, que dependia do que foi ofertado no café da tarde, ou mesmo a oferta de uma fruta antes da saída. Eram realizadas nos seguintes horários: café 7h30min às 8h, almoço 10h45min, sobremesa 13h30min às 14h e café 15h30min até 16h15min. Às 17horas os pais buscavam os seus filhos.

Durante o dia para as atividades das crianças a coordenação mantinha uma rotina planejada de acordo com a faixa etária das turmas (lúdico, educacional, audiovisual, pátio para exercício da função motora). No turno da manhã as turmas dos pré-escolares faziam trabalhos e atividades de música e os menores têm atividades voltadas para o lúdico (música de criança, história, brincar com blocos de formas, pintar) para estimular a criatividade e o aprendizado. Na parte da tarde ocorriam atividades na biblioteca (hora do conto), brincadeiras no pátio. Uma vez por semana para todas as turmas, tinham filme no auditório, e esse variava de acordo com a faixa etária de cada turma. Observando a organização e atividades das crianças, o projeto precisa ter cuidado para não perturbar esta rotina e ao mesmo tempo conseguir atender e desenvolver as atividades de promoção, prevenção e recuperação de agravos de saúde bucal.

A equipe diretiva se mostrou aberta ao diálogo e relatou um grande ganho com a presença do projeto, pois houve maior conscientização da higiene bucal, até mesmo do autocuidado dos funcionários.

A presença de uma equipe de saúde bucal em uma instituição filantrópica voltada para o atendimento de crianças pré-escolares é de grande importância para todos, mas principalmente para as crianças. Os resultados observados para o ano de 2017 foram satisfatórios em relação ao tempo que se tinha para desenvolver as atividades e por buscar a integralidade do ser humano. A partir dos resultados, será possível planejar novas intervenções ou aprimorar as que já são desenvolvidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu observar que a instituição tem organização relevante para o bom funcionamento e para manter o cuidado das crianças, além de cumprir seu papel filantrópico e social. Os funcionários apresentavam-se abertos a melhorar e escutar a equipe do projeto. Durante o processo de trabalho, notou-se o cuidado que as professoras/monitoras tinham com as crianças. No ano de 2017, o projeto de extensão realizou intervenções na instituição e foram coletados vários dados. Em relação à saúde bucal dos pré-escolares, mais da metade apresentou placa visível no momento da triagem e conseguiu-se realizar escovação dental supervisionada em 92% dos pré-escolares. Cabe destacar que as intervenções precisam continuar em desenvolvimento. O envolvimento multidisciplinar foi o diferencial durante a realização das atividades. Logo, existe a necessidade de seguir aprimorando os cuidados com a saúde bucal das crianças, através da promoção e educação em saúde bucal, além de prevenção das principais doenças bucais e de ações assistenciais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. L. et al. Avaliação da saúde bucal de pré-escolares de 4 a 7 anos de uma creche filantrópica. *Revista Gaúcha Odontologia*, Porto Alegre, v. 59, n.2, p. 271-275, abr./jun., 2001.
- ALVES, M. A. Terceiro setor: as origens do conceito. In: ENANPAD, XXVII, 2002, Salvador. *Anais...* Salvador: Enanpad, 2002. (GPG 837).
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L.; Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.31, n.1, p.20-31, jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acessado em 30 abr. 2017. Online. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, L. et al. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 237-243, jan-fev, 2003.

CARVALHO, E. S. et al. Prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal do trabalhador. *RGO – Revista Gaúcha Odontologia*, Porto Alegre, v. 57, n.3, p. 345-349, jul./set. 2009.

[CCSFP]. Casa da Criança São Francisco de Paula. Disponível em <http://www.casadacriançasfpaula.com.br/Pagina/1/Instituicao>. Acesso em 30 set. 2017.

FERREIRA, J. M. S. et al. Práticas de pais sobre a higiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública. *RGO – Revista Gaúcha Odontologia*, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p.265-270, abr./jun., 2011.

FERREIRA, V. S. Práticas pedagógicas nas creches filantrópicas. Que práticas são essas? In. CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 9. ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 3, 2009, Curitiba. Anais... Curitiba. Champagnat, 2009, p. 2843-2854.

FORNI, T. I. B. Fatores associados à fluorose dentária em área com água fluoretada. 2005. 221 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2005.

GONÇALVES, F.D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

KLATCHOIAN, D. A.; NORONHA, J. C.; TOLEDO, A. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria/Associação Brasileira de Odontopediatria, 2009. p. 49-71.

MARANHÃO, D. G. O. processo saúde doença na perspectiva dos educadores infantis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1.143-1.148, out./dez., 2000.

MELO, M. M. et al. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 471-85, mar., 2011.

PACHECO, A. L. P. B; DUPRET, L. Creche: desenvolvimento ou sobrevivência? Rev. Psicologia USP. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 103-116, abr./set., 2004.

PAULETO, A. R. C; PEREIRA, M. L. T; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

POSSOBON, R. F. et al. O comportamento de crianças durante o atendimento odontológico. Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília, v.19, n.1, p.59-64, jan./abr., 2003.

RIBEIRO, A. G.; OLIVEIRA, A. F.; ROSENBLATT, A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1695-1700, nov./dez., 2005.

RICO, E. M. O empresariado, a filantropia e a questão social. São Paulo em perspectiva, v.11, n.4, 1997. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v11n04/v11n04_07.pdf. Acesso em: 7 maio 2017.

SPADA, A. C. M.; Processo de criação das primeiras creches brasileiras e seu impacto sobre a educação infantil de zero a três anos. Revista Científica Eletrônica de Pedagogia, n. 5, jan. 2005.

SZPILMAN, A. R. M. et al. Condição de saúde bucal de crianças de zero a dois anos de idade inseridas na estratégia saúde da família (ESF). Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 14, n.1, p. 42-48, 2012.

TOMITA, N. E; BIJELLA, V. T; FRANCO, L. J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.3, p. 299-303, 2000.

TOMITA, N. E. et al. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.30, n.5, p. 413-20, 1996.

ZAPATA, M. et al. Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos. Revista CEFAC, v.12, n. 2, p. 267-271 março-abril, 2010.