



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Campus de Araçatuba

CESAR AUGUSTO DA SILVA SANTANA

**Tapiti: inovação e cuidado em saúde bucal na Primeiríssima
Infância. A implantação do Sorriso Feliz no SUS e na Educação e a
parceria com o Sorria São Paulo**

Araçatuba - SP
2020

CESAR AUGUSTO DA SILVA SANTANA

**Tapiti: inovação e cuidado em saúde bucal na Primeiríssima
Infância. A implantação do Sorriso Feliz no SUS e na Educação e a
parceria com o Sorria São Paulo**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Odontologia
de Araçatuba da Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho” –
UNESP, como parte dos requisitos para o
título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Galhego
Garcia

Araçatuba - SP
2020

Esse trabalho é o encerramento de um ciclo incrível do qual sou e serei eternamente grato àqueles que se doaram e sacrificaram suas vontades e vidas para fazer com que eu pudesse realizar meu sonho, que são meus pais Ana e Nilson (in memoriam) e minha irmã Graziele.

Minha mãe, só a gente sabe de suas renunciadas, dedicação e amor. Sou grato a Deus por tê-la. A luta valeu a pena.

Não ter você, meu pai, nesse momento dividindo nossa conquista, dói demais, mas sei que, onde estiver, está orgulhoso, VENCEMOS!

E agradeço a minha irmã, Graziele, pela paciência e força.

A eles, dedico este trabalho.

Seu nome é hoje.

Somos culpados
de muitos erros e faltas
porém nosso pior crime
é o abandono das crianças
negando-lhes a fonte
da vida.

Muitas das coisas
de que necessitamos
podem esperar. A criança não pode.

Agora é o momento em que
seus ossos estão se formando
seu sangue também o está
e seus sentidos
estão se desenvolvendo.

A ela não podemos responder “amanhã”.
Seu nome é hoje.

Gabriela Mistral, Poetisa Chilena, Nobel de Literatura, 1945.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus, por cuidar, proteger e iluminar meu caminho, abrir tantas portas em minha vida, por me sustentar quando as coisas ficaram difíceis e me dar forças para continuar.

Agradeço a minha família por todo apoio, torcida e cuidado, em especial, a meus tios Luis Passetti e Laura Passetti, vocês me abraçaram e foram minha base durante os dias alegres e, principalmente, os dias mais sombrios nos meus 6 anos de caminhada até aqui e a minha prima Angélica Passetti pela força e carinho.

Agradeço a meu primo Emerson Passetti, a quem compartilhei a companhia em Araçatuba por 3 anos e que esteve sempre me apoiando, dando forças e vivendo momentos de alegria.

Agradeço a meu primo Vagner Passetti, a quem considero como irmão e que, nesses anos de luta, esteve a meu lado.

Agradeço a meu amigo Robinson, companheiro em Araçatuba desde o meu primeiro dia de faculdade, que me acolheu em sua casa até minha ida à moradia e que considero como irmão.

Agradeço a meus amigos (e aqui cabe uma ressalva, não citarei os nomes pra que não eu não cometa injustiças), por serem tão presentes em minha vida e por sempre dividir comigo os momentos de dificuldades e alegrias. Não irei nomeá-los, pois cometeria injustiça, mas vocês sabem do meu amor e respeito por cada um. Sou muito feliz e grato por tê-los e por poder chamá-los de AMIGOS.

Agradeço a Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), na figura de seus docentes e funcionários, pela oportunidade, pelo carinho com que sempre nos trataram, pelas bolsas recebidas e moradia, que poucos entendem a importância, mas são essas oportunidades que nos mantem fortes e fazem com que alcancemos nossos objetivos e sonhos; e também por me proporcionar uma formação espetacular.

Agradeço a meu orientador, Professor Titular Wilson Galhego Garcia que, com sua sabedoria e amizade me trouxeram conhecimento, novas formas de enxergar a vida e de cuidar do próximo, principalmente dos mais vulneráveis. Fez-me entender o valor da equidade em saúde e do trabalho com populações. É incrível como sua luz brilha e abre portas. Espero que a vida nos dê, ainda, muitas oportunidades de trabalhar juntos.

Agradeço ao Professor Dr. Antônio Hernandes Chaves Neto, o ano de 2015 nunca será esquecido por mim, não por suas dificuldades, mas, sim, por todo o apoio (psicológico e didático) recebido de ti. Talvez você não tenha a dimensão do quanto foi importante em minha caminhada, mas tenha certeza que seu apoio foi essencial

para que eu superasse todos os obstáculos. E é muito justo que meu primeiro orientador dentro da universidade (Bolsa BAAE), que viveu comigo e me ajudou tanto num momento difícil, estivesse presente nesse momento maravilhoso, e participasse comigo dessa conquista que não é só minha, pois cada um tem um tijolinho nessa construção.

Agradeço a Professora Dra. Alessandra Marcondes Aranega, seu carinho e preocupação por todos é inexplicável, raro e lindo; tutora, atenciosa e preocupada, sempre disposta a ajudar, com inteligência e discernimento. Chegou no momento certo ao grupo para fazê-lo brilhar mais ainda, a sua maneira. Tem luz própria.

Agradeço ao Professor Dr. Leonardo Perez Faverani, tutor, professor e amigo. É necessário que saiba o quão incrível és, o quanto sua luz faz a diferença dentro da universidade e o quanto é querido por todos. Obrigado por toda ajuda durante esse percurso, dentro do PET, dentro da sala e nos bate-papos que me fizeram uma pessoa mais madura e um aluno mais determinado.

Agradeço ao Programa de Educação Tutorial (PET/FOA) com seus tutores (Prof. Dr. Elói Dezan Jr., Prof. Dr. Leonardo Perez Faverani e Profa. Dr. Alessandra Marcondes Aranega) e aos alunos, estar com vocês por mais de 3 anos me trouxe aprendizado, companheirismo e evolução. Obrigado por tudo e sucesso para todos nós, futuros colegas de profissão.

Agradeço a Alexandro Ribeiro Pereira que, sem qualquer tipo de vínculo e necessidade, fez muito pela minha vida. Sua vontade de ajudar, de fazer a diferença pelo próximo e se doar são o que te fazem gigante, diferente, especial. Agradeço, também, pelo apoio e por abrir as portas de Turmalina/SP, sendo Prefeito, para que pudéssemos implantar o Projeto Sorriso Feliz em nossa cidade e trazer aos nossos alunos mais cuidados em saúde bucal.

Agradeço a Renato Tofolatti Hernandez, Secretário de Educação da Prefeitura Municipal de Turmalina e a quem considero como irmão. Amigo de infância, sempre foi um cara especial. Sou grato pela sua amizade e por ser importante (mais uma vez) ajudando na implantação do Projeto Sorriso Feliz em nossa amada cidade, Turmalina/SP.

Agradeço a Michele Ferreira dos Santos Matunaga (Cirurgiã-Dentista e Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Turmalina), sua ajuda e apoio foram fundamentais, também, na implantação do Projeto Sorriso Feliz em Turmalina/SP.

Agradeço às cuidadoras, educadoras e funcionárias de toda a rede de educação da cidade que sempre me esclareceram sobre os avanços e trabalhos sobre o Sorriso São Paulo e o trabalho sobre as crianças no berçário.

Agradeço a Giovana Dornelas Azevedo Romero, amiga e dupla de clínica. Pela paciência, amizade e cumplicidade. Foram anos de muita luta, aprendizado e alegrias.

E, por fim, agradeço aos amigos-irmãos que a FOA me apresentou; Gabriel, Rafa, Nilson, Pedro, Guilherme, Lucas, Vitor Scalet e Vitor Guerra, vocês fizeram o curso valer muito mais a pena. Como disse uma vez um poeta desconhecido: “Para uns a viagem é o caminho, para outros a chegada, para nós é o prazer da companhia”.

“Deus não faz nada pela metade!”

Thiago Emídio dos Santos Albuquerque.

SANTANA, C. A. S. **Tapiti: inovação e cuidado em saúde bucal na Primeiríssima Infância. A implantação do Sorriso Feliz no SUS e na Educação e a parceria com o Sorria São Paulo.** 2020. 159 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2020.

RESUMO

A integração dos Projetos Sorria São Paulo e Sorriso Feliz é descrita com personagens fictícios em uma cidade imaginária, servindo de guia para a implantação em cidades de pequeno porte. Assim, Julius é um estudante do último ano do curso de odontologia. No primeiro ano conheceu o Projeto Sorriso Feliz, pelo qual se apaixonou e desde então imaginou uma possível implantação em sua Terra Natal. Durante os anos de curso, Julius viu o projeto se transformar, ganhar força e alçar voos mais altos. Foram reportagens gravadas, afirmações das diversas parcerias com a Estratégia Saúde da Família, através da matriciação de agentes comunitários de saúde, leis criadas para estabelecê-lo. No ano de 2020, quando uma pandemia assolou o mundo e uma situação de dúvidas pairou sobre o projeto, surpreendentemente ele, através de lives, aulas online e distribuição de kits de saúde bucal, alcança mais de 130.000 crianças em 67 cidades. Ganha com isso muito mais visibilidade, valorização e força. Julius, então, percebe que há uma janela de oportunidades, para implantá-lo em sua cidade, fazendo a integração com o Programa Sorria São Paulo. Através de uma caminhada imaginária, descreve sua saga para descobrir mais sobre o Sorria São Paulo, suas ações e público-alvo e, então, descobrir a viabilidade do encaixe perfeito entre ambos.

Palavras-chave: Sorriso Feliz. Sorria São Paulo. Primeiríssima Infância.

SANTANA, C.A.S. **Tapiti: innovation and oral health care in Early Childhood. The implantation of Happy Smile in SUS and in Education and the partnership with São Paulo Smile.** 2020. 159 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2020.

ABSTRACT

The integration of the “Sorria São Paulo” and “Sorriso Feliz” projects is described with fictional characters in an imaginary city, serving as a guide for implementation in small cities. Thus, Julius is a final year student in dentistry. In the first year he met the “Sorriso Feliz” Project, which he fell in love with and since then imagined a possible implantation in his hometown. During the course years, Julius saw the project transform, gain momentum and take higher flights. There were recorded reports, affirmations of the various partnerships with the Family Health Strategy, through the matrix support of competent health agents, high laws to establish it. In the year 2020, when a pandemic hit the world and a situation of doubts hung over the project, surprisingly it, through lives, online classes and distribution of oral health kits, the project reaches more than 130 thousand children in 67 cities. This gains much more visibility, appreciation and strength. Julius, then, realizes that there is a window of opportunity to implement it in his city, integrating with the “Sorria São Paulo” Program. Through an imaginary walk, your quest to discover more about “Sorria São Paulo”, its actions and target audience, and then discover the viability of the perfect adjustment between them.

Keywords: Happy Smile. São Paulo Smile. Early childhood.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Higiene da boca dos bebês (no colo) com luva, gaze e água filtrada.....	15
FIGURA 2 - Higiene da boca dos bebês (nos cadeirões) com luva, gaze e água filtrada.....	16
FIGURA 3 - Fotografia 3 – Aluna ensinando escovação com o uso do macro modelo, para as crianças.....	18
FIGURA 4 - Lista de presença usada para anotar quem tinha caries, que posteriormente seria mostrada a direção e aos pais.....	19
FIGURA 5 - Folders explicativos sobre escovação (Frente).....	20
FIGURA 6 - Folders explicativos sobre escovação (costa).....	21
FIGURA 7 - Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015).....	25
FIGURA 8 - Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015).....	26
FIGURA 9 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015).....	26
FIGURA 10 - Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015).....	27
FIGURA 11 - Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015).....	28
FIGURA 12 - Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015).....	29
FIGURA 13 - Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015).....	29
FIGURA 14 - Reportagem do programa Ciência sem Limites, para a TV UNESP (2015).....	30
FIGURA 15 - Implantação do Projeto Sorriso Feliz na cidade de Turmalina – SP, através da plataforma de aula digital, Google Meet.....	31
FIGURA 16 - Live-1 do Projeto Sorriso Feliz “Em tempos de Pandemia”, no YouTube.....	33

FIGURA 17 - Kits de escovação doados pela Colgate para serem distribuídos para as cidades participante do Projeto Sorriso Feliz.....	34
FIGURA 18 - Kit, Dr. Dentuço, doado pela Colgate às cidades participantes do Projeto Sorriso Feliz.....	34
FIGURA 19 - Live-2 do Projeto Sorriso Feliz “Sorriso Feliz/CCI-UNESP: Ações de atenção à saúde bucal na primeiríssima e primeira infância”, no YouTube.....	35
FIGURA 20 - Docentes da Unesp em trabalho realizado no Lar José Maria Lisboa.....	101
FIGURA 21 - Projeto em Birigui ensina estudantes de odontologia sobre cuidados com dentes em crianças, 2018.....	112
FIGURA 22 - Apresentação da pesquisa e notícia da proposta de projeto.....	114
FIGURA 23 - Estudante africana faz planos para levar o projeto “Sorriso Feliz” para Cabo Verde.....	116
FIGURA 24 - Férias escolares: é preciso cuidado com os dentes por maior consumo de doces.....	117
FIGURA 25 - Ciência Sem Limites: Higiene Bucal na Primeiríssima Infância.....	118
FIGURA 26 - Lei do Sorriso Feliz: ações foram feitas em três unidades de ensino da Prefeitura de Birigui.....	119
FIGURA 27 - Implantação do Projeto Sorriso Feliz em Santa Cruz do Rio Pardo...	122

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – LEI FEDERAL: 13.257, DE 08 DE MARÇO DE 2016.....	67
ANEXO B – RESOLUÇÃO SS – 12, DE 11 DE JANEIRO DE 2020.....	77
ANEXO C – BIRIGUI, 2018. LEI MUNICIPAL, nº 6.584, DE 21 DE JUNHO DE 2018.....	94
ANEXO D – FOLHETOS EDITADOS COM APOIO DA ONU.....	96
FOLHETOS EM ESPANHOL.....	96
ANEXO E – MEMORIA DO PROJETO.....	100
ANEXO F – CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: DECLARAÇÃO DE BANGKOK DA IAPD.....	124
ANEXO G – COAPES.....	129
ANEXO H – MATRIZ LÓGICA DO PROJETO.....	131
ANEXO I – QUADRO DE REFERENCIA - MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRÍSSIMA E PRIMEIRA INFANCIA.....	135
ANEXO J – AULA BÁSICA, 2019.....	136
ANEXO K – PALAVRAS DE MARIZA MINARI NA LIVE 2.....	143
ANEXO L – PALAVRAS DE LETICIA.....	151
ANEXO M – LIVE SORRISO FELIZ EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	154
ANEXO N – LIVE SORRISO FELIZ/CCI-UNESP.....	158
ANEXO O – RESUMO DE PROPOSTA ENCAMINHADO AO DR. RAJENDRA BAIKADY, UNIVERSIDADE HEBRAICA DE JERUSALEM.....	163
ANEXO P – MITACS.....	165
ANEXO Q – CONVITE PARA REUNIAO DE INTEGRAÇÃO DO PROJETO SORRISO FELIZ COM O PROGRAMA SORRIA SÃO PAULO, EM SÃO PAULO.....	166
ANEXO R. MINUTA DE IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO PROJETO SORRISO FELIZ COM O PROGRAMA SORRIA SÃO PAULO NA CIDADE DE TURMALINA/SP.....	167
ANEXO S – CERTIFICADO DE EXCELENCIA EM EXTENSÃO RECEBIDO NA CIDADE DE TURMALINA/SP, PELO PROJETO SORRISO FELIZ.....	172
ANEXO T – SORRISO FELIZ EMERGENCIAL EM ARAÇATUBA DURANTE PANDEMIA DO COVID.....	173
ANEX U – SORRISO FELIZ EMERGENCIAL EM 24 CIDADES.....	175

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 PROPOSIÇÃO.....	37
3 O CAMINHAR DA HISTÓRIA.....	38
3.1 O PROJETO QUE MUDA VIDAS.....	38
3.2 O GAROTO QUE APRENDEU A SONHAR.....	39
3.3 COM O SORRIA, O SORRISO É MAIS FELIZ.....	40
3.4 A ROTINA DA CRECHE.....	44
3.5 O QUE SABE O AMIGO?.....	46
3.6 QUE ISSO?.....	49
3.7 HIGIENE DA BOCA...E DO CORPO.....	51
3.8 O PROGRAMA E A ESCOLA.....	53
3.9 ME CONTA, MENINO.....	54
3.10 A EXPERIENCIA FAZ A DIFERENÇA.....	55
3.11 MATRICIANDO-SE.....	58
3.12 O TRABALHO VALEU A PENA.....	60
3.13 O FUTURO.....	60
3.14 A REPORTAGEM.....	62
4 CONCLUSÕES.....	63
REFERENCIAS.....	65
ANEXOS.....	67

1 INTRODUÇÃO

No início de 2015, durante as atividades da disciplina de Ciências Humanas e Sociais, o Prof. Wilson apresentou-nos o projeto Sorriso Feliz, voltado à primeiríssima infância (0-3 anos) e convidou os que se interessassem para acompanhar as atividades juntamente com os veteranos do Integral, participantes da optativa “Projetos Especiais”. Interessei-me de imediato e passei a acompanhar as atividades nas creches, que consistiam basicamente no seguinte: o Prof. Wilson, antecipadamente, ia ao HTPC das creches, explicava o projeto para as educadoras e marcava o dia para acontecer. E com o apoio da cirurgiã-dentista da rede municipal de Birigui, Ester Gumerato, íamos até as creches. No berçário, evitando contaminação cruzada, realizávamos um procedimento extremamente simples, mas eficaz, que normalmente dura menos de 60 segundos, de higiene da boca da criança na primeiríssima infância, que consiste em envolver o dedo indicador com uma gaze, fralda ou pano limpo, molhá-lo em água filtrada ou fervida e em seguida limpar o rolete gengival superior e inferior da boca por dentro e por fora, céu da boca (palato), fazendo o mesmo com o rolete inferior, com a língua e até bochecha.

A educadora era convidada a fazer o mesmo com outros bebês e explicar para as mães que em casa ela pode usar uma fralda de pano limpa, ao invés de gaze. A criança estava sempre segura no cadeirão ou no colo, evitando-se o uso de procedimentos acadêmicos longe da rotina que a mãe utilizaria em casa.

Em determinado momento interessei-me pelas raízes do projeto. Foi então que tomei contato com o Quadro de Referência/Matriz Lógica (Anexo I) que orienta todas as ações e li a memória do projeto (Anexo E). A leitura desses documentos foi importante para que eu contextualizasse a resiliência e a oportunidade do Sorriso Feliz, que coloca a família e a creche como locais seguros para a vida e a saúde plena das crianças. Na matriz lógica são apontadas saídas ou mitigações para os problemas que aparecerem.

FIGURA 1 – Higiene da boca dos bebês (no colo) com luva, gaze e água filtrada



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto: Cesar Santana (de branco e luva), à direita; a educadora, à esquerda, com o bebê no colo.

FIGURA 2 – Higiene da boca dos bebês (nos cadeirões) com luva, gaze e água filtrada



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto: Cesar Santana (de branco), à esquerda; à direita, os bebês nos cadeirões.

Assim era feita a higiene da boca de uma criança ou duas e em seguida as mães presentes e as educadoras eram estimuladas a prosseguirem com o procedimento em outras crianças. Na creche, agentes comunitários de saúde da área

acompanhavam, juntamente com as educadoras, os procedimentos e as anotações na lista de presença. Viam que o procedimento é tão simples e indolor que em casa, quando a criança já está dormindo, ela não chega a acordar. A equipe recomendava a aquisição de escovas dentais e pasta para crianças que já apresentavam, nesta idade, dentes suficientes para iniciar a escovação e introduzir o hábito de higiene bucal. Os alunos, nas salas de aula, entre as crianças maiores, explicavam os procedimentos da escovação com um macro modelo, trabalhando com grupos de 5 a 6 crianças.

FIGURA 3 – Aluna ensinando escovação com o uso do macro modelo, para as crianças



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto: Isabela Catanoze, à esquerda; as crianças da creche, à direita.

Terminada esta fase, que geralmente era rápida, os membros da equipe supervisionavam a escovação das demais crianças e anotavam o número das que apresentavam cáries para possibilitar a avaliação. As anotações eram transcritas na lista de presença, sendo que uma cópia ficava com a direção, outra com a

educadora para possibilitar a passagem das informações aos pais e outra para o agente comunitário, que deveria acompanhar a criança em casa.

FIGURA 4 – Lista de presença usada para anotar quem tinha caries, que posteriormente seria mostrada a direção e aos pais

 **Secretaria Municipal de Educação de Birigui**

Rua: [redacted] Fone: [redacted]

[redacted] Sala: [redacted]

RIM	Nº	Nome	RA	Data Nasc.	M. Suple.	Remanej.	Transfer.	Aband.	Falecim.
[redacted]	[redacted]	[redacted] F	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	[redacted]	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	3	[redacted] C	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	[redacted]	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	5	[redacted] F	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	6	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	7	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	8	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	9	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	10	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	11	[redacted] F	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	12	[redacted] C	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	13	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	14	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	15	[redacted] C	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	16	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	17	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	18	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	[redacted]	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	20	[redacted] C	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	21	[redacted] C	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	22	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	23	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	24	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	25	[redacted] F	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	26	[redacted] C	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	27	[redacted] F	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	28	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	29	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	30	[redacted] NC	[redacted]	[redacted]					

Maíra Cruz
Vanessa Gonçalves
César Augusto

Presentes: 25
Com cárie: 7

25 — 100%
07 — x
x = 28%

Página 1/1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Folders eram entregues para que fossem afixados na agenda de cada criança.

FIGURA 5 – Folders explicativos sobre escovação (Frente)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

FIGURA 6 – Folders explicativos sobre escovação (costa)



Para serem utilizados na fronteira com a Venezuela, os folders também foram editados em espanhol (Anexo D). Todo o processo era acompanhado nos mínimos detalhes pela coordenadora, pelas educadoras e pelas agentes comunitárias, uma vez que todas precisavam apropriar-se deste conhecimento para ser repassado continuamente às mães e/ou responsáveis pela criança, na reunião mensal com os pais. Quando havia demanda, um dos membros do projeto participava da reunião geral com os pais, agendada oportunamente. Nessa reunião, as mães que já dominavam o processo faziam o papel de agentes multiplicadores. Outro passo consistia na matriciação, em conjunto com a Secretaria de Saúde, dos agentes comunitários de saúde, fazendo o projeto chegar até às crianças que estavam fora da creche, e que deveriam ser atendidas em casa. Obviamente, havia uma preocupação grande com contaminação cruzada, com o uso de luvas, espátulas descartáveis e gaze. Sempre ressaltando aos participantes de que eram cumpridos os objetivos da Lei Federal: 13.257, de 08 de março de 2016 (BRASIL, 2016) (Anexo A), da Lei do Estado de São Paulo, Lei nº 234, de 27 de abril de 2006 que estabelece diretrizes para a Política Estadual de Saúde Bucal no Estado de São Paulo e dá outras providências (ESTADO DE SÃO PAULO, 2006), da BNCC (Base Nacional Comum Curricular), das Diretrizes Curriculares do curso de pedagogia e da Declaração de Bangkok (Anexo F).

No andamento dos trabalhos, percebi que era um projeto facilmente replicável, praticamente sem custos e que poderia, com mudança de cultura, ser facilmente implantado não só em cidades grandes, mas também em pequenas. Poderíamos não ter o apoio logístico de uma faculdade de odontologia, mas seria suficiente o apoio do dentista da rede, tal a facilidade de aplicação dessa tecnologia social. Cada creche, cada cidade tinha o seu projeto customizado, adaptado a sua realidade. Cheguei à conclusão de que quem via o Sorriso Feliz sendo aplicado, pronto, em uma cidade ou creche, estava diante de um edifício já acabado, mas não tinha ideia dos andaimes e escoras utilizados na sua construção. Decidi-me então a descrever pelo menos parte desses andaimes, claro que na minha visão particular de aluno, de participante do projeto.

Aos poucos fui percebendo algumas características do Sorriso Feliz, como não querer substituir projetos já existentes e sim, apenas fortalecê-los. Foi o caso de

Birigui em 2015, onde trabalhamos conjuntamente com o “Cuide Bem do Seu Sorriso”, desenvolvido pela CD Ester Gumerato, que não tinha foco na primeiríssima infância e que era o nosso foco. Não havia a busca por um protagonismo estéril, mas sim por ações práticas de ações já em andamento. Dando um salto do tempo, foi o mesmo que percebi ao entrar em contato com o Sorria São Paulo (SÃO PAULO, 2020) (Anexo B), aplicado com sucesso em minha cidade natal, Turmalina. O Sorria São Paulo, que chega com um recurso de R\$36.000,00 em 411 cidades do estado de São Paulo, está incorporando as ações do Sorriso Feliz, para preencher a lacuna relativa à primeiríssima infância. Nas diversas aulas e nas duas lives de que participei (Live Sorriso Feliz em Tempos de Pandemia, 2020) e (Live Sorriso Feliz/CCI-UNESP, 2020), vi claramente o buraco que é a primeiríssima infância dentro das ações de saúde bucal. A duras penas tenta-se colocar um índice até os 3 anos para tornar o projeto uma política de estado. Foram esclarecedoras as falas em diversas ocasiões da CD Maria Fernanda de Montezuma Tricoli ao explicar a minuta de Nota Técnica sobre a primeiríssima infância que foi elaborada na Secretaria de Saúde juntamente com o Dr. Wilson e que teve o apoio técnico da Profa. Alessandra Aranega e do Prof. Robson Frederico Cunha. Em suas falas ela historiou o processo de elaboração da minuta de Nota Técnica e da Resolução de 2020 e da reunião dos articuladores de saúde bucal em 2019, para a integração do Sorriso Feliz ao Sorria São Paulo, reconhecendo que há ainda um caminho a percorrer. A experiência não só de Turmalina, como também de outras cidades que tive contato, motivaram-me a escrever como seria a integração desses dois projetos. Embora, com base no que vi e ouvi de dezenas de participantes dos dois projetos em várias cidades, sendo de aplicadores ou usuários, este é um exercício mental e que pode ser pensado para qualquer cidade pequena. Será inútil procurar aqui referências a dados ou pessoas reais, pois são situações hipotéticas. Não nos interessa o santo, mas apenas suas ações. Assim, qualquer semelhança com pessoas ou situações será mera coincidência. Todos os nomes, inclusive da cidade, são fictícios. Interessa-nos apenas ter um mapa das barreiras e pontos positivos para a integração do Sorria São Paulo com o Sorriso Feliz nas ações de fortalecimento voltadas à primeiríssima infância. A vaidade pessoal deve ser deixada de lado quando se pensa na saúde e segurança de nossas crianças.

Em 2015 acompanhamos com atenção o trabalho de pesquisa do TCC de nossa colega Mariama Gentil Mussolin (MUSSOLIN, 2015), que foi um divisor de águas na FOA-UNESP. Pela primeira vez, alguém de renome da Odontopediatria se debruçava sobre os dados brutos obtidos pelo Sorriso Feliz em um trabalho no mundo real, onde acontecem as coisas. Vale a pena transcrever parte da metodologia e das conclusões:

Para realização desta pesquisa foram visitadas 44 creches públicas das cidades da região de Araçatuba, onde os alunos matriculados na disciplina optativa “Projetos Especiais”, sob a responsabilidade do Prof. Wilson Galhego Garcia, do departamento de Ciências Básicas e com a colaboração da Profa. Sandra M. H. C. Ávila de Aguiar, do departamento de Odontologia Infantil e Social, desenvolveram o projeto denominado “Saúde Bucal na Primeiríssima Infância”, que consistia em examinar a cavidade bucal de cada criança, de 0 a 6 anos de idade, com o auxílio de espátulas de madeira e luz artificial da própria sala de aula, e anotar a presença de lesões cariosas, visíveis a olho nu. As crianças foram separadas por classes e, cada uma, ao ser examinada, se apresentasse uma ou mais lesões cariosas, não importando as faces atingidas, era considerada como uma criança com cárie e assim sucessivamente. Além disso, após serem examinadas clinicamente, todas as crianças passaram por um processo de educação e motivação para a higiene buco-dental, através de orientações sobre escovação dental e sua execução, na presença de suas respectivas cuidadoras e/ou professoras. Inclusive foram distribuídos folders para essas educadoras, ensinando a prática da correta higiene da boca e orientações sobre a saúde bucal”; concluindo que:

- “1. A doença cárie pode atingir qualquer criança a partir do nascimento do primeiro dente;
2. Alta prevalência de cárie nas crianças pré-escolares da região de Araçatuba;
3. A saúde bucal deve ser vista como atenção primária de educação da saúde pelos educadores e pais/responsáveis;

4. Devem-se implementar programas de prevenção e educação em saúde bucal em creches e escolas de todo o país, envolvendo a participação ativa dos pais e responsáveis, além de alunos da graduação em odontologia” (MUSSOLIN, 2015).

O ano de 2015 foi rico em acontecimentos. Em 28 de maio participamos de uma capacitação da Colgate para cerca de 700 agentes comunitários de saúde de 40 cidades da região de Araçatuba, com o objetivo de chegar a 37.000 crianças. Incluiu-se nessa capacitação o Sorriso Feliz (Memória do Projeto. Anexo E). Todos os agentes comunitários de saúde receberam macro modelos e material educativo para ser utilizado com as famílias, assim como os dentistas que compareceram. O Prof. Wilson ministrou a aula básica (Anexo J) sobre a primeiríssima infância e todos os participantes receberam os folhetos do Sorriso Feliz. Minha sala, noturno, turma XVII, compareceu em peso para auxiliar nos preparativos e na distribuição do caminhão de material.

FIGURA 7 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto: Cristiane Sato (Colgate), à esquerda; Prof. Dr. Wilson Galhego Garcia, no centro; Ana Maria Pires Soubhia (diretora da FOA), à esquerda.

FIGURA 8 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto: Cristiane Santo, à esquerda; Luis Furini, à direita; ambos da Colgate.

FIGURA 9 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto: Agentes de saúde da região de Araçatuba.

FIGURA 10 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto, da esquerda para a direita: Sofia Goergen; Caroline Dousseau, Carol Arai; Guilherme Prado; Raíssa Schwam; Paula Frigério; Guilherme Aguilera; Luísa Oliveira; Cesar Santana; Maria Fernanda Urbinati.

FIGURA 11 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto, da esquerda para a direita: Sofia Goergen; Caroline Dousseau, Luísa Oliveira; Carol Arai; Guilherme Prado; Raíssa Schwam; Cesar Santana; Guilherme Aguilera; Maria Fernanda Urbinati; Prof. Dr. Wilson Garcia; Diretora, Prof. Dr. Ana Maria Soubhia.

FIGURA 12 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na foto: Agentes de saúde da região de Araçatuba. Ao centro, Lucia Lima – DRS 2.

FIGURA 13 – Capacitação da Colgate para os agentes de saúde da região de Araçatuba (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na Foto: kit entregue para os agentes de saúde.

Em 2018, o prefeito de Birigui, Cristiano Salmeirão, assinou a Lei nº 6.584 (BIRIGUI, 2018) (Anexo C) que instituía e incluía nas creches e escolas municipais, assim como a inclusão nas ações dos agentes comunitários de saúde da cidade o fortalecimento da atenção básica a saúde bucal na primeira infância, sendo mais um grande passo da cidade na direção do projeto.

Em 26 de junho de 2015 houve uma longa entrevista para o “Ciência Sem Limites”, um programa da “TV UNESP”, no Youtube, sobre Higiene Bucal na Primeiríssima Infância (2015), na qual fui um dos entrevistados (Anexo E).

FIGURA 14 – Reportagem do programa Ciência sem Limites, para a TV UNESP (2015)



Fonte: Canal TV UNESP, No Youtube, 2015.

Na foto: João Moretti, à esquerda; Cesar Santana; à direita; Maria Fernanda Urbinati, Prof. Dr. Wilson Galhego Garcia e Guilherme Aguilera, ao fundo.

Falei sobre minhas expectativas sobre a implantação em minha cidade natal, Turmalina, que acabou se concretizando em 2020, já na esteira da integração com o Sorria São Paulo (SÃO PAULO, 2020) (Anexo B).

Em 2019 aconteceu uma reunião para discussão sobre a integração do Projeto Sorriso Feliz com o Programa Sorria São Paulo, na cidade de São Paulo, como mostra o convite (Anexo Q) e a Minuta da reunião (Anexo R).

A integração dos dois projetos, em Turmalina, aconteceu em 2020 e foi fundamental a participação da dentista da rede e secretária da saúde, Dra. Michele Ferreira dos Santos Matunaga, do secretário da educação, Renato Tofoletti Hernandez, da diretora, Helen Cristina Pertile, e das coordenadoras, Nelci Mercedes Magaroti Fim, Fátima Cristina de Souza e Risocleide do Nascimento Polatto, além das professoras e educadoras e, principalmente, do Prefeito Municipal, Alexandre Ribeiro Pereira, que abriu as portas da cidade e da creche, abraçando o projeto Sorriso Feliz. A implantação foi um sucesso (TURMALINA, 2020). Todos foram muito receptivos e atenciosos, abertos a aprenderem sobre o projeto e suas ações. Foi ministrada uma aula maravilhosa pela Professora Dra. Alessandra e Professor Dr. Wilson, didática, simples e objetiva, de fácil entendimento para todos, inclusive as funcionárias da cozinha que também estavam presentes. Foi uma tarde proveitosa e inesquecível e que rendeu ao Projeto e aos participantes o Certificado de Excelência em Extensão (Anexo S), um prêmio por tudo que o Sorriso Feliz representa e pelo trabalho que faz.

FIGURA 15 – Implantação do Projeto Sorriso Feliz na cidade de Turmalina – SP, através da plataforma de aula digital, Google Meet



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Uma das reflexões que me ocorrem é que a maioria de nós, depois de formados, irá trabalhar na rede pública, pelo menos parte da semana e precisamos dessa tecnologia social simples, que pode ser facilmente aplicada no trabalho direto com populações. Acredito que, em um mundo no qual se valoriza cada vez mais o trabalho voluntário, a dedicação de algumas horas por semana daqueles que trabalharão apenas nas clínicas particulares, será um modo de retribuírem à sociedade o que receberam em uma universidade pública, gratuita e de qualidade e ao mesmo tempo terem satisfação pessoal.

Como sou do PET há 3 anos, foi com satisfação que vi a entrada de nossa tutora, a Dra. Alessandra Aranega, no Sorriso Feliz, que teve papel fundamental na elaboração de um protocolo para as creches, uniformizando os procedimentos e na expansão durante a pandemia. O Sorriso Feliz chegou a 67 cidades e 131.500 crianças. Sua atuação nas aulas e nas lives foi marcante e muito elogiada.

Como membro do PET, fiquei encarregado de acompanhar e relatar as ações que pudesse. Em 2020, antes da pandemia, a Profa. Dra. Alessandra que já havia trabalhado no Sorriso Feliz, iniciou um piloto em Birigui, no Centro de Educação Infantil Ana Souto. Foi um trabalho, embora curto, extremamente produtivo, com os alunos de Projetos Especiais I do primeiro semestre. A diretora Mariza Minari e suas educadoras revelaram-se peças fundamentais na expansão do projeto, como vi depois (Anexo K). Um dos objetivos, além do estabelecimento de um protocolo, era o de trabalhar com a produção de material pelas educadoras e estabelecer um plano para a expansão organizada do projeto. A ideia era também aproveitar o trabalho como estágio futuro para os alunos e no caso de Araçatuba, debaixo do guarda-chuva do COAPES (Anexo G) recentemente assinado pela FOA-UNESP. Porém veio a pandemia e fiquei curioso para saber os rumos do Sorriso Feliz. Fiquei preocupado em pensar sobre quais os rumos que o projeto levaria, mas, felizmente, em um movimento rápido, usando o Google Meet, o Sorriso Feliz chegou a 24 cidades de diversos pontos do estado, rendendo até uma reportagem no site da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA UNESP) pelas mãos da Professora Alessandra, em agosto (ARANEGA, 2020). E, como sugestão do presidente nacional da UNDIME, Prof. Luiz Miguel, durante apresentação em Sud Mennucci, o projeto deveria estender-se às 43 cidades da região administrativa de Araçatuba. Foi

realizada, então, uma live no Youtube, “Projeto Sorriso Feliz em tempos de pandemia” (Anexo M), que aconteceu no dia 25 de agosto de 2020, no canal oficial da Unesp, organizada e certificada pela própria UNESP, que teve um número assombroso de visualizações. A live contou com a participação de Leticia (Anexo L), educadora da CEI Ana Souto Trevisan, que já conta com a parceria com o Sorriso Feliz. Ela contou um pouco de sua experiência com o projeto e suas ações durante a pandemia para chegar aos alunos.

FIGURA 16 – Live-1 do Projeto Sorriso Feliz “Em tempos de Pandemia”, no Youtube

Live do projeto SORRISO FELIZ em tempos de pandemia
Fortalecimento das ações de atenção primária à saúde bucal na primeiríssima e primeira infância

Sorriso Feliz e equipe apresentam no **Dia 25/08/2020 - a partir: 14:00 hrs**
Canal do Youtube: <http://youtube.com/unespimprensa>

Prof. Tit. Wilson Galhego Garcia
Coordenador do Sorriso Feliz
Faculdade de Odontologia de Araçatuba

Profa. Dra. Alessandra Marcondes Aranega
Tutora do Programa de Educação Tutorial da FOA-UNESP

Mariza Bianchini Pontes Minari
Diretora de Creche Piloto
CEI Ana Souto

Luiz Miguel Martins Garcia
Presidente da UNDIME
Dirigente Municipal de Educação de Sud Mennucci/SP

Dra. Maria Fernanda de Montezuma Tricoli
Área Técnica da Saúde do Estado de São Paulo
PROEX

unesp

Projeto Sorriso Feliz em tempos de pandemia
9.033 visualizações • Transmitido ao vivo em 25 de ago. de 2020

Unesp Oficial
7,85 mil inscritos

INSCRITO

Fonte: Canal da UNESP, no Youtube, 2020.

Todas as crianças das 67 cidades receberam kits Colgate. Foram 131.500 kits de higiene bucal distribuídos, doados pela Colgate. Algumas salas do Departamento de Ciências Básicas ficaram abarrotadas até o teto de kits Dr. Dentuço da Colgate que, mesmo em plena pandemia, foram escoados rapidamente, dada a logística utilizada, com o apoio do funcionário Patrick Nogueira, que se deslocava para as entregas, uma vez que o campus estava interditado devido à pandemia.

FIGURA 17 – Kits de escovação doados pela Colgate para serem distribuídos para as cidades participante do Projeto Sorriso Feliz



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

FIGURA 18 – Kit, Dr. Dentuço, doado pela Colgate às cidades participantes do Projeto Sorriso Feliz, 2020



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

Na esteira dessa live, por demanda dos 15 Centros de Convivência Infantil da UNESP organizou-se outra live certificada, “Sorriso Feliz/CCI-UNESP: Ações de atenção à saúde bucal na primeiríssima e primeira infância” (Anexo N), que ocorreu no dia 30 de setembro de 2020, também com grande sucesso.

FIGURA 19 – Live-2 do Projeto Sorriso Feliz “Sorriso Feliz/CCI-UNESP: Ações de atenção à saúde bucal na primeiríssima e primeira infância”, no Youtube



Fonte: Canal da UNESP, no Youtube, 2020.

Em 2018, a MITACS, organização nacional de pesquisa sem fins lucrativos que, em parceria com a academia canadense, a indústria privada e o governo, operam programas de pesquisa e treinamento em áreas relacionadas à inovação industrial e social, realizou uma pesquisa sobre o impacto do Projeto Sorriso Feliz nas CEIs de Birigui (Anexo P) e falou com os pais e educadores sobre as barreiras e os fatores que ajudam a manter a escovação dos dentes com as crianças em casa e nas creches.

O Projeto Sorriso Feliz também esteve presente, através de um resumo enviado a Universidade Hebraica de Jerusalém, ao Dr. Rajendra Baikady (Anexo O) para elaboração de capítulo em livro, sobre boas práticas em saúde pública.

Percebi claramente que era minha responsabilidade compartilhar essas histórias reais das creches de nossas ações durante a pandemia, superando a perplexidade inicial e respondendo a questões concretas sobre a saúde de nossas crianças. Afinal, o dia delas é hoje!

2 PROPOSIÇÃO

Praticamente é inexistente bibliografia sobre o trabalho prático, direto com crianças, no fortalecimento da atenção primária à saúde bucal na primeiríssima infância, notadamente em cidades de pequeno porte. A partir de nossa experiência de campo com dezenas de creches e milhares de crianças, decidimo-nos por apresentar uma estratégia de integração de dois projetos; um, o Sorriso Feliz, que trabalha com foco na primeiríssima infância, que falta ao Sorria São Paulo, de cunho mais geral. Optamos por consubstanciar a experiência de várias cidades em uma só cidade imaginária que não altera o conteúdo, mas preserva pessoas e instituições.

3 O CAMINHAR DA HISTÓRIA

Desde 2015, tenho, ou participado, ou acompanhado ações do Sorriso Feliz. A partir dessas vivências, espero mostrar, pelo menos em parte, os andaimes da construção do edifício, evidenciando a sua implantação e integração com o Sorriso São Paulo em uma cidade imaginária de pequeno porte.

Esse edifício, o Sorriso Feliz, diga-se de passagem, é virtual, de custo praticamente zero, não depende de construções de prédios físicos ou de contratação de pessoal. Simplesmente aproveita-se do que já existe e sua permanência está ligada a formação de hábitos de saúde bucal. Já é lei em Birigui (BIRIGUI, 2018) e Coroados e já há um projeto de lei tramitando na Assembleia Legislativa com parecer favorável da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Procurarei através de uma caminhada utópica, contar a história de Julius, aluno de odontologia que pretende implantar o projeto em uma cidade de pequeno porte na qual irá trabalhar depois de formado. Para tanto, faz uma pesquisa de campo com atores e usuários dos projetos Sorriso São Paulo e Sorriso Feliz para entender as barreiras e facilidades que encontrará pela frente.

3.1 “O projeto que muda vidas”

Julius é estudante do último ano do curso de odontologia e conheceu, no início do curso, o Projeto Sorriso Feliz; desde então faz parte de todas as ações realizadas. O Sorriso Feliz é um projeto que atua, principalmente, na primeiríssima infância, com crianças de 0 a 3 anos e tem por objetivo a higienização da boca delas, nas creches.

As ações do projeto são muito simples, os alunos, acompanhados de um dentista da rede ou de um professor Cirurgião-Dentista da faculdade, vão até as creches e, em contato com as crianças, eles olham as bocas das crianças para eliminar a possibilidade de cáries, em seguida fazem a higienização da boca dos bebês com gaze embebida em água filtrada enrolada no dedo. A professora com a lista de presenças na mão acompanha e anota para passar para os pais imediatamente.

Após alguns anos de atuação, o idealizador do projeto viu a importância de ter os agentes de saúde trabalhando junto, pois viu neles, a oportunidade de chegar aonde o projeto não estava chegando, nas casas das crianças.

Um dia foi realizada uma reunião para a matriciação deles (capacitação); no mesmo encontro receberam um macro modelo e uma bolsa com um livro contendo explicações a respeito dos cuidados de higiene bucal. A partir de então, estavam prontos para trabalhar juntos no projeto e dar às crianças a chance de terem um futuro com muita saúde.

Julius se encantava cada vez mais com o passar dos anos e, como a lâmpada da ideia que pisca em sua cabeça, pensou que seria incrível levar o projeto para sua cidade e, uma vez lá, teria perspectiva de grande sucesso.

3.2 “O garoto que aprendeu a sonhar”

Julius nasceu e cresceu em Tapiti; cidade interiorana; pequena; conta com 2353 habitantes; de família pobre; pais lavradores; sua vida sempre foi difícil; tudo era regrado, custoso; conhecendo seu cenário, viu que sua única alternativa para melhorar e mudar sua vida, seria fazendo uma boa universidade; sempre determinado, buscou incansavelmente até conseguir sua vaga em uma das melhores universidades do país; foi fazer odontologia; “curso de ricos”, disseram! Mas ele nunca se importou; sua família o apoiou, mesmo com todas as dificuldades que enfrentariam para que ele se formasse; “Pode ir, meu filho, a gente “dá um jeito”! Afirmou seu pai, com lágrimas nos olhos, de felicidade; ele foi; guerreiro, como sempre; com um começo turbulento, não demorou a “pegar o jeito”; conheceu diversos projetos; mas se apaixonou por um; “Projeto Sorriso Feliz”; “Projeto fantástico”, dizia; o projeto que lhe permitia sair da universidade e “trabalhar” em creches; o objetivo era simples, olhar a boca das crianças, descobrir caries e ensinar escovação; mas o brilho nos olhos vinha a cada dia, a cada sala que ele entrava; tinha se encontrado; depois que começou, não parou mais, toda semana, todos os meses; e assim foi por todos os anos do curso; depois de um longo caminho trilhado, hoje, com pouco mais de 20 anos, mais maduro, depois de tantas

difficultades e conquistas pelo caminho, chegou ao tão sonhado último ano do curso; mas o que ele achava que seria o melhor ano de todos, se transformou em pesadelo; uma pandemia apareceu, o mundo parou; ficar em casa se tornou moda obrigatória; as aulas viraram EaD; as clínicas ficaram incertas, o projeto estagnou; Julius, que acabou voltando para casa, se viu perdido no começo; “como será esse ano?”, “irei me formar?”, “e as clínicas?”, “e o projeto?”.

Diversas perguntas rondavam sua cabeça, mas as respostas sumiam; era, sim, um momento diferente, todos precisariam se adaptar, mudar suas rotinas, mudar a forma de pensar o mundo, mudar a forma como muita coisa era feita.

3.3 “Com o Sorria, o Sorriso é mais feliz!”

Um dia acordou preocupado pensando sobre seu curso, sobre o projeto; pensou, então, como andaria os projetos de saúde bucal em sua cidade e, tentando descobrir, resolveu dar uma volta; pegou sua máscara e saiu; caminhando e refletindo, lembrou-se de uma reportagem que gravara sobre o projeto em seu primeiro ano de faculdade; recordando suas palavras “meu pensamento é o de levar o projeto para minha cidade” recordou as motivações que sempre teve para que o projeto chegasse até ali, “amor pelo que faz, cuidado com as crianças e sua saúde e a luta contra a carie”; se encheu de esperanças novamente e, decidido, apertou os passos em busca do objetivo.

Resolveu, então, passar em frente à UBS; queria ver como estava o movimento por lá; acabou encontrando, por sorte, com a dentista responsável, Diana, que estava de saída; não perdeu tempo; pensou ser uma ótima oportunidade de se informar a respeito de tudo; foi em sua direção e, depois dos cumprimentos, ocorreu um bate-papo bastante animado; Julius quis saber sobre a rotina de trabalho durante este momento difícil, sendo relatado por ela que os atendimentos só eram realizados para casos de urgência e emergência; inclusive, o programa que ela desenvolvia estava paralisado; o programa referido é o “Programa Sorria São Paulo”.

Julius já ouvira falar do programa; mas somente com muita superficialidade; ele aproveita para se aprofundar no assunto; perguntou, “em resumo, o que é o programa?”, “já o conhecia antes de ser funcionária pública aqui?”; ela lhe responde que o mesmo “tem por objetivos desenvolver ações de promoção, educação e tratamento em saúde bucal” e que só o conheceu quando assumiu o cargo na prefeitura; foi se adaptando aos poucos e “pegando o jeito” com o passar do tempo, visto que o programa é de “fácil” execução e tem bom engajamento dos alunos; Julius pensava que o programa fosse executado somente na creche e escola; Diana nega; e afirma que suas ações englobam crianças, adolescentes, adultos e idosos; resumindo, qualquer pessoa que chegue ao consultório; mas possui, sim, maior ênfase de atuação em escolares que vão do 0 aos 17 anos; ao ouvir sobre, Julius se lembra do projeto que participa; aproveita para contar a ela sobre o Sorriso Feliz; ele diz ser mais específico, abrangendo crianças de 0 a 10 anos, apenas; surge a ele um questionamento sobre a participação dos pais; “são incluídos nas ações realizadas?”; ela nega; “o programa fica somente dentro das dimensões da creche e escola”, complementa; ele estranha; “os pais fazem parte da vida da criança quando estas não estão na creche ou escola”, comenta; e é um dos mecanismos do “Sorriso”, como ele chama, carinhosamente;

O Sorriso conta ainda com a atuação dos agentes de saúde, as pessoas responsáveis por chegar até a casa dos alunos; são, portanto, de grande valia; estes fazem com que o projeto saia dos muros das creches e escolas e alcance as crianças em casa, aumenta o nível de atenção e educação dessas; os agentes, matriciados, são capazes de conversar com os pais, ensinar a escovação e também incentivar os mesmos sobre a importância de se manter uma boca saudável e evitar doenças como cárie; Diana conta que o Sorriso não tem esse alcance; os agentes de saúde nunca participaram de ações do projeto.

O papo continuou com ela relatando algumas das ações que são desenvolvidas no programa; dentre as citadas estavam à escovação supervisionada, aplicação de flúor, promoção de palestras na creche e escola e entrega de panfletos aos alunos; ela, ainda, atua nas campanhas de vacinação; assim, ajuda na campanha e também é uma das formas encontradas para conseguir divulgar e dar mais visibilidade ao programa.

Um questionamento sobre as formas como ela conseguia realizar todas essas ações veio ao assunto; “são usados escovódromo, brincadeiras lúdicas envolvendo a saúde bucal, e os macros modelos”, responde; são mecanismos bastante fortes e com boa aceitação pelas pessoas, promovendo assim, um bom entendimento e chegando ao objetivo, que é o de passar informações pertinentes e necessárias sobre saúde bucal.

Após breve momento de reflexão, Julius questiona sobre a frequência com que são realizadas essas ações; ela conta que o programa é realizado 01 (uma) vez por mês em cada escola, sendo a escola municipal e a escola estadual; mas que ainda há os atendimentos domiciliares que ocorrem 01 (uma) vez por semana; um pouco depois ela contou que, além dessas ações semanais, os atendimentos na UBS ocorrem normalmente durante a semana. Foi questionada sobre como consegue realizar todas as ações sozinha; “sua auxiliar trabalha junto no programa e a ajuda em tudo”, conta; ela relata que não há outro projeto em execução na cidade; mas que a cidade não está perdendo; visto que esse consegue atender com qualidade as necessidades das pessoas, atendendo todas as faixas etárias.

Foi necessário, então, falar sobre a parte financeira; tantas ações não devem custar pouco; sem falar em valores, diz que o programa recebe do estado um bom valor, que é suficiente para a realização de tudo que foi comentado; o valor recebido é dividido dessa forma: 70% é direcionado a compra de insumos (escovas, pastas, escovador de língua) e 30% é investido em terceirização (sua mão-de-obra, palestrantes, teatros que são contratados).

É questionada sobre as possíveis qualidades e defeitos do programa, assim como vantagens e desvantagens e, segundo a mesma, o programa possui uma qualidade fundamental que é o nível de abrangência (todas as idades), e que isso é indiscutivelmente bom para que se tenha ótimos resultados, conseguindo chegar às crianças e fazer com que elas aprendam sobre escovação e cuidados; isso faz com que elas cresçam se preocupando com isso, tendo assim, bocas mais limpas e livres de cáries e outros problemas bucais;

O defeito, se é que se pode chamar assim, fica por conta das burocracias dos serviços públicos, sendo um deles a licitação, que faz com que os produtos

comprados sejam sempre os mais baratos; portanto, de qualidade não muito boa; como vantagem, ela cita que uma das maiores é a entrega de kits de escovação a todas as faixas etárias, inclusive pacientes do consultório, isso a deixa muito satisfeita e agradecida; ela diz não ver desvantagem no programa, mas pensa que seria possível haver um feedback a respeito de tudo que se executa, pois o feedback não existe por nenhuma das partes e com uma diminuição na burocracia, o programa tinha tudo pra ser mais sucesso do que já é.

O autor percebeu que o programa tinha grande valia e era muito bem implantado e executado e perguntou se havia como melhorar; “sim, tudo pode melhorar”, responde com um leve sorriso; uma das formas seria um maior engajamento das pessoas por atendimentos mais corriqueiros e maior preocupação dos pais com a escovação e cuidados com a higiene bucal dos filhos, pois essa falta de preocupação gera uma desmotivação do profissional. Julius aproveita para retomar o assunto sobre o projeto Sorriso Feliz, questiona se a profissional o conhece, ela revela não conhecer suas ações, mas que tem a informação de que este possui a mesma linha de trabalho do “Sorria”; com a deixa, ele aproveita para falar um pouco sobre o projeto, executado, principalmente, na primeiríssima infância, com alunos de 0 a 3 anos; questiona se não seria importante a participação dos agentes de saúde, ao qual ela confirma, concordando que os agentes de saúde teriam um papel importantíssimo em contato com os pais e crianças em seus lares.

Com o assunto tendo suas atenções voltadas para os agentes de saúde, ela recorda da participação deles num dia em que sua auxiliar estava ausente; não se tratou do Sorria, mas de um projeto sobre câncer bucal, e relata ter sido ótimo contar com eles.

Já no fim do bate-papo, Julius se interessa em saber o quanto a experiência/participação no Programa Sorria São Paulo tem acrescentado em sua vida pessoal e profissional, ela diz que a principal mudança foi aprender a gostar de atender e ter contato com as crianças e que dá muita satisfação e alegria ver o reconhecimento delas, com as voltas rotineiras ao consultório e com os encontros pelas ruas da cidade.

A ideia que se surgiu foi a parceria entre o Programa Sorria São Paulo, já implantado, executado e consagrado na cidade e o Projeto Sorriso Feliz; segundo ela, seria uma parceria que acrescentaria muito, visto que o Sorriso tem uma ação fortíssima na primeiríssima infância, isso facilitaria muito seu trabalho, além de trazer consigo as parcerias com os agentes de saúde e deixar a união no trabalho com as educadoras e cuidadoras cada vez mais forte; assim, o que se espera é que haja uma evolução no que diz respeito a saúde bucal no município.

Lembrando-se da pandemia que assola o mundo, um assunto que não faltaria a conversa de pessoas da área da saúde, o autor indaga se a profissional pensa que os projetos e programas poderiam sofrer algum tipo de mudança, principalmente no que diz respeito à biossegurança; rapidamente ela lhe responde que sim, que a partir do fim da pandemia, os cuidados serão redobrados.

Depois desse longo bate-papo, Julius agradeceu a atenção e todas as informações conseguidas; se despediu desejando sorte para uma futura parceria entre o Programa Sorria São Paulo e o Projeto Sorriso Feliz.

3.4 “A rotina da creche”

Em um dia de sol radiante e temperatura amena, nosso querido Julius, resolveu fazer uma caminhada pela cidade; ainda refletindo sobre sua conversa com Diana, ao passar em frente a creche municipal, que fica próxima a sua casa, encontrou uma das cuidadoras que saía do local; uma oportunidade maravilhosa para Julius descobrir mais sobre a realidade da creche e entender todo o funcionamento do local em dias normais e em dias em que o Sorria estivesse em execução.

Julius, após os cumprimentos, contou a Cristina, a cuidadora, sobre suas dúvidas e que, com o encontro, achou que seria uma ótima oportunidade para alguns esclarecimentos; a cuidadora concordou em ajuda-lo; contou que é funcionária da prefeitura há mais de 10 anos, sendo mais de 5 anos como cuidadora; falou do seu prazer em fazer parte dessa profissão tão bela e necessária e que se sente

realizada; Com a curiosidade de Julius sobre a rotina diária, Cristina relata ser bem intensa e corrida, a creche inicia seus trabalhos às 6h e só encerra às 17h.

Cristina trabalha no berçário; sobre sua rotina diária, conta que as crianças chegam por volta das 6h30 e já são direcionadas ao berçário, onde ficam, em alguns dias, o dia todo; há dias da semana em que as crianças são levadas para passear pela cidade e dias em que ficam no salão de brinquedos.

Todos os dias, às 9h30, é servido o almoço para as crianças que em seguida acabam dormindo; o sono dura até, mais ou menos, 13h; após acordarem e tomarem uma deliciosa mamadeira, voltam a brincar até as 14h; em seguida tomam banho para jantar e esperar para ir embora; a “janta” é servida às 14h30.

Julius, um tanto capcioso, questiona à Cristina se é realizada escovação ou limpeza da boca das crianças, com dente e sem dentes; a resposta é negativa.

Refletindo sobre a resposta negativa e sobre como isso impacta na probabilidade do número de carie ser alto ou crescer, Julius tenta imaginar o que levaria ao não acontecimento da escovação; pensou sobre a possibilidade de não haver um local adequado; lembrou de que usou cadeirões em outras creches e perguntou por eles; ouviu um sim, mas que são usados somente para alimentar os bebês; Julius sabia que poderiam ser mais bem aproveitados; porque não são usados para a escovação? Pergunta. “Devido a correria do dia a dia!”, Cristina lhe responde; Julius, disposto a fazê-la entender a necessidade e facilidade da escovação lhe conta um pouco sobre sua experiência, mas não enxerga muito empenho.

Resolve, então, falar sobre o Sorria; questiona Cristina sobre o que ela pensa a respeito; sua resposta é objetiva “acha bom e importante”; vê com bons olhos as ações realizadas, apesar de não participar diretamente; e quando questionada do por que não participa diretamente, ela comenta que não são realizadas ações com as crianças do berçário, se restringindo apenas as crianças maiores.

Sobre as ações, conta que a dentista faz a entrega de kits de higiene bucal, medição e pesagem das crianças e momentos de escovação.

Conta que, no dia das ações, a rotina da creche, para os mais velhos, muda um pouco devido a esse trabalho que é realizado, mas os horários do berçário acabam sendo os mesmos.

Sobre as escovas, diz que as crianças as deixam na creche e que são armazenadas em locais específicos e bem protegidos contra microrganismos e bichos; porém, não soube dizer o tempo que levam para serem trocadas.

Julius aproveita o momento pra contar sobre seu projeto, suas ideias e intenções de implantação ali e saber o que ela pensa a respeito; ela lhe diz que haverá mudanças no andamento da creche, seria ótimo para as crianças, visto que é mais um projeto que vem para somar e multiplicar os cuidados com as mesmas; mas para as cuidadoras aumentaria o trabalho e seria algo a mais para se fazer.

Agradecido, Julius se despede.

3.5 “O que sabe o amigo?”

Em busca de mais conhecimento e informações a respeito do programa, Julius decide ir falar com algum pai e saber sua visão a respeito; lembrou-se de seu amigo, Carlos, que tem uma filha na escola municipal.

Foi até seu sítio, que fica próximo à cidade; após os cumprimentos, sentaram-se embaixo de uma árvore enorme; uma sombra deliciosa, ao som de uma música calma; acompanhados de um suco natural delicioso começaram a colocar o papo em dia e lembrar-se do tempo de infância e suas brincadeiras; “ô época boa que não volta”, lamenta Carlos, “foi uma época maravilhosa”, concorda Julius, soltando um discreto sorriso.

Carlos, então, decide saber, curioso, da ida de Julius, aparentemente repentina, até sua casa; Julius, com toda calma do mundo, começa a lhe contar a respeito do programa, tudo que já tinha ouvido e que algumas dúvidas surgiram; lembrou que seu amigo tem uma filha que frequenta a escola, então percebeu que seria uma boa

oportunidade de conseguir sanar suas dúvidas e saber como é o feedback dos pais a respeito, além de poder passar um tempo com seu amigo.

Num aceno com a cabeça em concordância e com um leve sorriso, Carlos agora entende e, claro, se diz pronto a ajudar no que for preciso; Julius se diz espantado com o crescimento da menina e a velocidade com que o tempo passara e questiona sobre a idade da criança; Carlos lhe confirma ter 9 anos, “esperta e muito inteligente”, acrescenta. Julius sorri e concorda.

Depois de falarem sobre o passado com grande teor de nostalgia, Julius decidi entrar no assunto de vez; pergunta se Carlos tem conhecimento dos programas existentes e desenvolvidos na creche e/ou escola do município; ouve um não.

Estranhando a resposta, ele indaga sobre o Programa Sorria São Paulo; “já desenvolvido há um tempo, inclusive com suas ações que vão além do ambiente estudantil” e, mais uma vez, Carlos lhe responde que não; só conhece o nome e “sabe que vem dinheiro”, mas não sabe como é realizado e nem em que o dinheiro é investido; Julius se diz espantado e, tentando entender, acredita que a falha possa estar na divulgação, ou mais precisamente, na falta dela; um programa tão bom não pode passar despercebido.

Visto a distância entre o programa e os pais e cidadãos, Julius questiona se Carlos tem conhecimento do recebimento de kits de higiene bucal por sua filha, pois a entrega destes é uma das ações do programa; o mesmo diz que “se recebeu, não estou sabendo”; ele é divorciado e talvez sua filha possa ter recebido e deixado na casa de sua mãe, com quem mora, e não ter comentado com ele; diz também que não há problema com relação a isso; em sua casa cada um tem sua escova e com orgulho diz que faz questão de sempre estimular sua filha a escovar os dentes, principalmente antes de dormir, devido ao tempo que fica sem escovar; sabe que é dever dos pais o estímulo aos filhos sobre o cuidado com todos os tipos de higiene. Julius, que gostou do que ouviu, questiona se sua filha gosta de escovar; Carlos é incisivo: “não odeia, mas se não lembrar, se não ficar em cima, não escova” e gargalha. Julius também não segura o riso.

“É natural”, comenta Julius, “é uma idade em que eles não querem “perder tempo” com isso, eles vivem a milhão, fazem mil coisas ao mesmo tempo e por isso é importante que os pais fiquem em cima, cobrando!”, complementa. Carlos concorda, “realmente, haja energia para acompanhar, estamos velhos” e mais uma vez os dois caem em gargalhadas.

Notando o empenho de Carlos em manter em sua filha uma boa higienização, Julius fica curioso em saber se na escola sua filha tem os horários para escovação após as refeições e mais uma vez Carlos lhe diz que não sabe, que não é informado sobre isso.

Lembrando-se do Projeto Sorriso Feliz, que faz questão de chegar aos pais, pois enxerga os mesmos como uma extensão do projeto e sabe que é importantíssima a continuação do projeto em casa, Julius quer, agora, saber se Carlos recebeu alguma vez instruções sobre higienização bucal, se houve algum bate-papo, alguma palestra ou, ao menos, um panfleto com explicações sobre escovação, por exemplo; Segundo Carlos, “seria de extrema importância que isso acontecesse, já que a maioria dos pais é leiga no assunto e isso faria com que os mesmos tivessem capacidade de manter a higienização bucal de seus filhos com mais qualidade, tendo uma escovação mais eficaz e com menor risco de uso descontrolado de pasta, diminuindo, assim, o risco de uma intoxicação”, mas enfatiza que “isso nunca aconteceu”.

Julius aproveita o momento e a fala de Carlos para lhe contar a respeito de seu projeto, o Sorriso Feliz; fala sobre o desenvolvimento, sua parceria com os agentes de saúde, educadoras, cuidadoras e, principalmente, as mães, e seu desejo de implantação do mesmo para ser executado juntamente com o Programa Sorria São Paulo; quis saber o que seu amigo teria achado do projeto e da “futura” parceria; Carlos brinca, “se funcionar, será de grande valia”, uma sátira em razão da falta de informações sobre o Sorria que gera uma descrença sobre seu funcionamento; Julius entende, e sabe que terá um grande trabalho para fazer, pois terá que conquistar a confiança dos pais e garantir, não só o funcionamento do projeto, mas também o feedback aos pais que é muito importante.

Julius garante o feedback e diz que sem os pais, a qualidade de execução e funcionamento do projeto cai, por isso quer os pais envolvidos o máximo possível; seu amigo, num sorriso de contentamento pelo que ouve, lhe deseja sorte, que esperará o feedback e sempre estará apto a ajudar.

O assunto “educação bucal” se encerra, mas os dois passam o restante da tarde falando sobre vários assuntos e apreciando esse momento raro.

3.6 “Que isso?”

Quando o final de semana chega, Julius tem o hábito de promover encontros que sempre o mantenha próximo dos seus amigos e, assim, evitar que seus laços se rompam; porém, nos últimos meses acabou impedido pela pandemia; em mais um sábado que parecia passar em branco, recebe uma chamada de vídeo, até certo ponto inesperada, de seu amigo Robles; amigo de longa data, mas que há muito não via devido a correria do dia a dia e, mais precisamente, agora, pela pandemia. O bate-papo inicia-se bem alegre e Robles, que é TI, comenta que está fazendo home-office, mas brinca “preferia estar na empresa, lá eu só lido com meu trabalho, aqui é trabalho, casa, crianças, esposa, cachorro, gato” e os dois caem na risada. Julius concorda, afinal sua vida tem sido mais corrida, também e com mais tensão. “Concordo, na faculdade era menos corrido, e uma das coisas que dificulta hoje é a falta de foco, como não estamos de frente para o professor, absolutamente tudo nos distrai”, complementa.

É algo que ambos, pelo jeito, ainda não aprenderam a lidar.

Depois de muitos assuntos e histórias, Robles pergunta sobre o curso e como estava esse encerramento de ciclo, Julius comentou sobre como tem sido o formato das aulas, as provas, como sanar dúvidas e falou sobre o TCC, quando um pensamento lhe apareceu na cabeça, como se fosse quase possível ver a luz da ideia piscando.

Lembrou que, muito provavelmente Robles já teria ido a UBS se consultar e o questionou; Robles lhe responde que sim, “costumo ir 01 (uma) vez por ano ou em

casos de necessidade”, termina; Julius ouve atento, e depois da resposta, quis se aprofundar no assunto e saber com mais detalhes como eram as consultas e facilidade de agendamento; seu amigo conta que se lembra de duas 02 (duas) vezes que marcaram; A primeira marcou somente por anteceder a que o “traumatizou”, mas que não aconteceu nada de mais, com tudo acontecendo de forma muito tranquila; Já a segunda lembrança, segundo ele, traumatizou; Julius, intrigado com a história e o suspense de Robles, se perguntava o que de tão “trágico” poderia ter acontecido que o deixara tão impactado a ponto de dizer que o traumatizou, e questionou “mas o que houve de tão ruim para gerar um trauma em você?” Com um sorriso de alívio, Robles começou a contar que agendou uma consulta para a extração de um dente, 3º molar, e no dia da consulta foi para o consultório; no horário marcado foi chamado e preparado; após a anestesia, começou a extração; Robles conta que começou por volta das 17h; já era quase 23h e após várias anestésias dadas; o dente ainda não havia sido extraído; a dentista achou melhor fechar e o remarcou para o dia posterior. No dia posterior, ela chamou o outro dentista da UBS, mais experiente, para ajudá-la na extração; ele conseguiu extrair. Segundo ele foi uma experiência muito ruim e que espera nunca mais passar; “para marcar uma consulta, hoje, eu penso muito”, completa e ri. Julius entende e concorda com o trauma ocorrido “é uma situação atípica e rara, mas é algo que pode acontecer e que bom que no fim, tudo deu certo”, termina.

Julius, que já sabe que essas consultas são realizadas pelo programa Sorria São Paulo, questiona se o amigo também tem esse conhecimento; e houve, como resposta, outra pergunta “que isso?”, seguido de uma gargalhada. Julius logo entende que seu amigo não conhece o programa e explica do que se trata. “Você já recebeu algum kit de escovação? Já foi orientado, pelo dentista, sobre escovação?”, pergunta Julius. “Sim!”, responde Robles, complementando, “ganhei um kit uma vez e foi comentado sobre, mas não sabia que existia um programa por trás”. Termina dizendo que, apesar da experiência traumatizante, as consultas sempre foram boas e tranquilas e que pensa ser de boa qualidade o atendimento oferecido.

Os assuntos vão variando e a conversa se estende por algumas horas.

3.7 “Higiene da boca... e do corpo”

Julius, avaliando suas descobertas e na busca por mais informações, pensou que seria importante falar com algum professor e, claro, o diretor da escola onde o programa é executado; resolveu, então, tomando todos os cuidados de proteção, ir até a escola para tentar encontrá-los.

Com sorte, ao chegar, acabou encontrando com o professor Rubens, que estava de saída; “Que sorte o encontrar!”, disse; Professor Rubens, curioso, o questionou do por que a sorte, e Julius lhe explicou o motivo de sua ida até lá e que gostaria de bater um papo para tentar entender mais sobre a rotina da escola e a visão de um professor referente ao assunto.

Depois de concordar em ajudar, o professor Rubens o levou até uma sala em que pudessem ter privacidade e assim começaram o bate papo.

Julius não perdeu tempo e, depois de ouvir, surpreso, que o Rubens é professor há mais de 10 anos, resolveu entrar direto no assunto. Conhece o programa? Questionou. Conheço somente as ações realizadas na escola com os alunos e, pelo que obviamente parece, é um programa que ensina e incentiva os alunos sobre higiene bucal. Pelo pouco que conhece ou vê, gosta do projeto? Pensa ser importante? “Acho muito bom”, respondeu Rubens, “porque vejo que há um incentivo para que as crianças não só escovem, mas que escovem da forma correta”, completou. Mais tarde, professor Rubens confidenciou que na pré-escola as crianças até já escovavam sozinhas.

Uma ótima notícia, pois indica que o programa é realmente importante e tem surtido o efeito esperado, comenta Julius; e Rubens faz movimento com a cabeça em concordância.

Ele ainda diz que aproveita o tema do programa para falar sobre higienização do corpo em geral, sempre integralizando os assuntos; entende que são assuntos muito importantes que raramente são tratados com crianças; Julius acha incrível a ideia, pois é uma forma maravilhosa de falar sobre assuntos importantes e diversos com as crianças, sem que seja uma coisa chata e sem sentido.

Como é a recepção por parte dos funcionários da escola? “É ótima, todos gostam do programa e, apesar do programa ser realizado apenas com os alunos, os inspetores estão sempre ajudando e alguns professores ficam sempre atentos às informações que são passadas para também aprenderem”. E os alunos, como veem o programa? “Eles amam”, diz Rubens, sorrindo, “ainda mais quando recebem kits de escovação”. Que legal, responde Julius, deixando escapar um sorriso.

Julius quer saber sobre a rotina da escola no dia de execução do projeto e Rubens o responde que praticamente não muda, as aulas acontecem normalmente, porque os alunos são chamados por sala, então as salas que não são chamadas seguem com suas aulas, normalmente, até chegarem sua vez.

E, então, contou que as ações são realizadas no pátio; é ensinado sobre escovação como formas corretas de escovar, quantidade por dia, quantidade de pasta utilizada; tudo na teoria; depois os alunos são colocados em frente a um espelho em uma pia portátil para realizarem a escovação.

Após Julius perguntar sobre horário de escovação no dia a dia da escola, Rubens responde que havia, mas que acabou parando de acontecer; era muito complicado porque, como não dava para levar todos ao mesmo tempo, deixar metade na sala, sem supervisão, também não era possível; perdia-se, também, muito tempo e acabou que parou. Mas que será interessante retomar, visto que a escola passou a ser de tempo integral. Os alunos passam muito tempo na escola, com várias refeições, então, pelo menos, após o almoço, teremos que pensar numa forma de conseguir dar esse tempo a eles, completou, com a concordância de Julius.

Julius, como sempre faz, perguntou sua opinião a respeito da implantação do Sorriso Feliz e Rubens foi objetivo e simples na resposta: “Acho válido, tudo que é direcionado a higiene, tudo que nos traz conhecimento, acrescenta!”.

Julius agradece, se despede e sai em busca do diretor para tentar conseguir mais informações.

3.8 “O programa e a escola”

Depois de falar com Rubens, Julius se reúne com “Seu” Abdias, que é diretor há algum tempo, encontra uma resposta muito parecida com a do professor Rubens; o diretor conhece as ações, não sabendo que se trata de um programa.

Ao ser questionado sobre a rotina da direção da escola durante a execução, Abdias conta que nada muda; as coisas fluem naturalmente como todos os dias. Julius se lembra de que no Sorriso Feliz é realizada uma reunião, normalmente durante o HTPC para explicações e avisos sobre o dia da execução; o diretor conta que é avisado, sim, com antecedência sobre o dia marcado; no dia, a dentista chega cedo (antes do lanche) com o espelho e a pia portátil, macro modelos e começa as ações. Um inspetor fica a disposição para ajudá-la, mas ela está sempre acompanhada da ASB. Na versão dele, corroborando com Rubens, as crianças adoram o programa e alguns professores e/ou funcionários sempre estão ajudando.

Julius quer saber a versão dele sobre o fim do horário para as crianças escovarem e Abdias confirma a versão de Rubens, “houve por um tempo, mas a correria, com tempo mínimo de intervalo, e o fato de o tamanho do banheiro não suportar todos os alunos ao mesmo tempo, fazia com que fosse necessária a divisão da sala, gerando um problema para o professor, então acabou. Estamos planejando para termos novamente, porque agora é tempo integral e, além de passarem muito tempo na escola e somente isso já ser motivo suficiente para termos, teremos mais tempo de intervalo, tendo 1h de almoço, sendo tempo suficiente pra gente se planejar e conseguir realizar”, diz Abdias, deixando Julius encantado com a resposta.

Apesar de Rubens afirmar ter visto diferença na atitude das crianças depois da implantação e execução do Sorriso São Paulo, dizendo que “elas já se preocupam com o tema e querem escovar sozinhas”, Abdias diz não ver diferença, e Julius acredita ser devido ao menor tempo que Abdias passa com as crianças.

Já finalizando o bate-papo, Julius pergunta a respeito da implantação do Sorriso Feliz e Abdias é categórico, “é muito importante, pois é necessário fazer com que se crie o hábito da higienização e cuidados com a boca, não só nas crianças, mas em todos que a rodeiam!”.

Ao deixar o local, Julius começa a entender o que pode ser um dos “problemas” do Sorria São Paulo; além de não estender suas ações aos pais, as pessoas que são envolvidas acabam não tendo informações sobre o mesmo e nem sabendo de sua existência.

3.9 “Me conta, menino...”

Num dia de feriado, Julius aproveitou para dar uma volta pela cidade e, por sorte, acabou encontrando Angelino, aluno do 3º do ensino fundamental, a qual Julius já conhecia há algum tempo devido à amizade com seus pais. Angelino sempre sorridente e prestativo concordou em ajudar Julius em suas descobertas.

Falando sobre o projeto, Julius questionou se Angelino o conhecia e se, conhecendo, gostava, e Angelino lhe responde que sim para ambas, “não sabia que tinha esse nome, mas conheço o projeto e é bem legal, a dentista traz muitas coisas bacanas pra gente fazer, aprendemos várias coisas”, responde, despertando a curiosidade de Julius.

Quais eram essas “coisas bacanas”? Pergunta, Julius, atento. Angelino, então, começa a lhe contar o que acontece durante o dia de execução do programa: “O dentista chama os alunos, sala por sala, lá para o pátio. Em seguida ele começa a nos ensinar sobre escovação, fala sobre a importância e a forma de realizar e depois praticamos na pia do banheiro. No final, sempre ganhamos um kit de escovação com uma escova e uma pasta.” Sobre o kit, ele diz ser bom e que usa constantemente. Sobre ser consultado na UBS, ele confirma, lhe diz que sim, que é tranquilo, exceto quando precisa “tirar” algum dente; ambos começam a rir.

Depois do rápido bate-papo, Julius agradece a ajuda e se despede.

3.10 “A experiência faz a diferença”

Em mais um dia durante a pandemia, Julius acorda um pouco mais tarde, relaxado, sem muita coisa para fazer e se pega pensando sobre o projeto, sobre alguma peça que ainda faltava para montar o quebra cabeça; lembra, quase que por obra do destino, que ainda não tinha falado com a auxiliar de saúde bucal, e que, por sorte, é mãe de um de seus amigos mais próximos; em breve ligação para seu amigo, Julius consegue um tempinho para falar com ela e rapidamente se dirige até sua casa.

Julius chega animado e confiante de que conseguirá ótimas informações e, após cumprimentar Dona Adalgisa, lhe conta sobre suas ideias, sobre as informações que já conseguira e que, com certeza, ela será a peça que faltava em seu quebra-cabeça; ela se diz agradecida por ter sido lembrada e que espera poder ajuda-lo a sanar suas últimas dúvidas. Conta-lhe que trabalha como auxiliar há mais de 30 anos e que viu a área odontológica evoluir muito durante esse tempo. Conta que “antigamente” existia um programa do INCRA no qual eles, dentista e auxiliar, iam para o assentamento do INCRA, pertencente ao município, e faziam o atendimento de casa em casa, “era corrido e muito cansativo”; mas que, depois da chegada do Programa Sorria São Paulo na cidade, há pouco mais de 06 (seis) anos, as coisas melhoraram muito, principalmente a parte do PSF. “O Sorria atingi todos os públicos, indo desde zero anos até os idosos, sendo fabuloso, pois se consegue fazer o acompanhamento do paciente por toda a vida, prevenindo ou até mesmo entendendo o percurso de alguma doença. Aumentou também o aprendizado dos profissionais da área, pois há cursos que falam sobre o Sorria, que apresentam sempre coisas novas, os materiais usados para o tratamento dos pacientes na UBS são da melhor qualidade possível e os kits de escovação que são entregues, também; antigamente isso não acontecia, pois as escovas eram de qualidade baixíssima”. Julius se interessa por saber sobre os kits de escovação e ela lhe conta que é composto por uma escova e uma pasta, separados por faixa etária, cada um seguindo suas recomendações; o kit dos bebês é composto por pastas e escovas diferentes do kit dos idosos, que é diferente do kit dos adolescentes; Julius fica impressionado com tamanha especificidade e qualidade, pois com isso, segundo ele, todos os procedimentos e ações realizadas tendem a ter maior sucesso. Pergunta, então, sobre a rotina, em dias normais, no consultório da UBS, “é, até

certo ponto, corrido; são marcados, normalmente, 6 pacientes por dia para deixar espaços para as emergências, corriqueiras, principalmente entre as crianças nos períodos de aulas, com quedas que levam a bater a boca no chão, quebrando dentes ou causando traumatismos labiais”. É realizada uma média de 08 (oito) atendimentos por dia, mas, segundo ela, houve dias em que se chegou a atender cerca de 12 pacientes. E ela deixa bem claro, “isso por período”.

Julius toca então num ponto crucial do projeto que são as ações realizadas nas escolas e creches, querendo saber mais sobre como são realizadas; Dona Adalgisa lhe detalha: “Os dias são agendados previamente, por ligações ou pessoalmente, a fim de evitar os dias de provas”. Chegam, sempre, bem cedo nas escolas. No dia de ensinar sobre escovação, ao chegar, montam 02 (dois) escovódromos, um para a auxiliar e um para o dentista; as salas são chamadas separadamente para diminuir o fluxo de pessoas e não atrapalhar o andamento da ação; falam sobre escovação e depois os alunos vão até o escovódromo para realiza-la e ambos os profissionais ficam vendo e dando as instruções finais.

“Cada dia é realizada uma ação diferente; há o dia de falar sobre escovação, dia de palestras, dia de teatros, que são agendados no começo do ano e realizados para as 02 (duas) escolas ao mesmo tempo, no prédio da escola estadual, e há o dia de fazer a avaliação do percentual de cárie (é analisado desde mancha branca até lesões cavitadas, gengiva inflamada, enfim, todos os tipos de alterações que possam ser vistas)”.

Tudo que é encontrado de anormalidade é anotado em uma ficha, essa ficha fica com o dentista; eles anotam na agenda um dia para consultar a criança e deixa uma ficha de consulta na escola para que a própria escola a leve para a UBS; os pais são avisados e, em casos mais graves, eles mesmos são chamados a levar a criança. Conta também que as ações são iguais para ambas às escolas, mas que na escola estadual existe uma dificuldade maior de colaboração por parte dos alunos, o que faz com que as ações sejam mais lentas e trabalhosas.

Diz, satisfeita, que houve uma melhora muito grande no que diz respeito à preocupação dos pais sobre cuidados com a saúde bucal de si próprios e

principalmente dos filhos. “Antes eles não se preocupavam, não respondiam a chamados e, hoje, estão sempre dispostos a fazer o que for preciso para ajudar”.

Julius, que ouviu tudo com muita atenção, fala sobre o Projeto Sorriso Feliz e sobre a expectativa e visão dela sobre sua implantação e ela responde sem pensar muito, como quem sabe muito bem sobre o que está falando: “Acho muito bom, mas precisa ter pessoas com muita paciência para lidar com as crianças!” Sua resposta vem seguida de uma explicação em que conta que um dentista que passou por ali não tinha facilidade em lidar com crianças, pois não tinha a “tal da paciência”, que segundo ela, é quase um dom e, todas as vezes que tinham ações na creche era uma tortura. Julius concorda, e confirma que os alunos que participam do programa gostam de estar com crianças, mas que também, nesse projeto, não há muita resistência, visto que são ações rápidas, práticas e não invasivas, o que facilita o trabalho.

Finalizando o bate-papo, ele pergunta sobre a visão dela a respeito da biossegurança depois da chegada da pandemia e sobre alguma história que ela tenha vivido durante todos esses anos. Segunda ela, não deve haver muita mudança, visto que a área odontológica já é uma área extremamente exposta e a proteção sempre existiu de forma firme.

Sobre as histórias, ela conta 03 (três) histórias bem engraçadas.

Na primeira, uma paciente resolver extrair todos os dentes para colocar uma prótese total e, no dia marcado chegou para começar as extrações, mas não era o dentista que ela queria; então a paciente começou a gritar desesperada pedindo o outro dentista, com gritos que se ouvia do outro lado da rua; ela foi remarcada e durante as extrações, que foram realizadas em várias consultas, a paciente ficou gritando sem parar durante todo o procedimento.

Conta, também, sobre outro paciente, que chegou a desmaiar quando chegava para consultar ou extrair e que dava trabalho até para anestesiá-lo, mas que um dia o dentista foi distraído dele, conversando sobre vários assuntos e extraiu o dente sem ele perceber; depois disso ele perdeu o medo.

Durante a última história ela ri demasiada e gostosamente, pois conta que o paciente chegou para consultar e quando viu que não era o dentista do qual eles estava acostumado, sentou desconfiado na cadeira, a dentista que o atendeu perguntava várias coisas para ele e ele só respondia com a boca fechada, concordando; ela sempre perguntava várias coisas para ver se ele abria a boca, mas ele sempre respondia de boca fechada; a solução foi remarca-lo para ser consultado por seu dentista preferido; tudo acabou bem.

3.11 “Matriciando-se”

Depois de ouvir tantos relatos, Julius conclui que seja possível e importante implantar o Sorriso em Tapiti; é mais capacitação às educadoras e cuidadoras e mais atenção à saúde dos bebês. Decidi, então, ir falar com Egídio, o Secretário de Educação da cidade; Egídio é um cara experiente e muito inteligente, tem passagens, como secretário, por outros municípios, e chegou a Tapiti para fazer a diferença.

O secretário, acessível, o recebe para uma reunião, com grande prazer e felicidade; passam uma tarde juntos; Julius lhe explica tudo sobre o projeto, como seria de grande valia para a cidade e como capacitar e preparar os profissionais durante a pandemia.

Egídio fica encantado, é fato! Ao fim da reunião se diz pronto a ajudar no que for preciso e marcam uma data para a realização da capacitação, através de uma plataforma online. Ao sair da reunião com Egídio, Julius vai ao encontro de Cornélio, secretário de saúde, responsável pelos agentes de saúde, do qual, Julius faz questão da presença na reunião. Foi um bate-papo rápido e Cornélio também se diz empolgado com o trabalho realizado e entende, claramente, a importância dos agentes no trabalho como um todo, confirmando sua presença e dos agentes na reunião.

No dia da reunião, educadoras, cuidadoras, professoras, agentes, inspetores, merendeiras, secretários e diretor participam da reunião; a reunião é conduzida por

Walcir, o idealizador do projeto; Dentista por formação, ele é astuto, inteligente, visionário e conseguiu enxergar uma importante área a ser trabalhada pensando em prevenção, quando ninguém enxergou.

Apesar da resistência inicial de algumas professoras, a reunião fluiu consideravelmente bem, todas participaram e muitas dúvidas aparecem. Elas ficam encantadas e aquela resistência inicial acaba rapidamente quando entendem como o projeto funciona e o benefício que ele traz. É visível o brilho nos olhos de todos; “É muito tranquilo!”, diz uma. “Um projeto com ações tão simples e com um benefício tão grande!”, comenta outra. Walcir ouve tudo com muita alegria, sabia que seu trabalho havia sido bem realizado.

Ao fim da reunião, só agradecimentos e felicitações, de todos, pelo maravilhoso projeto.

Em uma conversa por telefone com Egídio, dias depois, Walcir se diz muito feliz pelo feedback recebido por todos. “Foi maravilhoso, porque no começo dava para sentir a resistência e com o passar da reunião deu para perceber a mudança nos olhares, o que era resistência, virou admiração, o brilho nos olhos apareceu e a curiosidade aumentava a cada slide. Dava para sentir a empolgação de todos, ao final, para colocarem logo o projeto em prática!”, comenta Walcir. Egídio concorda e confia que um dia depois da reunião, ele se reuniu com todos para traçar os rumos do projeto e era uma empolgação absurda. “Eu nunca havia visto ou sentido aquilo. Elas querem colocar em prática o mais rápido possível. Não veem a hora de passar a pandemia para começarem a trabalhar!” E complementa, “Cornélio me disse ontem que os agentes também estão ansiosos para retornarem e poderem estar nas casas das pessoas colocando todo esse aprendizado em prática!”.

Walcir se sente realizado, sente que alcançou seu objetivo. Mas não se esquecem de Julius, responsável por fazer com que tudo aquilo acontecesse. “Um menino batalhador, que merece fazer parte disso tudo, com certeza vai longe!”, comenta Egídio. “Seu futuro é brilhante”, complementa Walcir.

Encerram o bate-papo em agradecimentos e com planos de falarem sobre a evolução do projeto na cidade num futuro próximo, pós-pandemia;

3.12 “O trabalho valeu a pena”

Algumas semanas após a reunião, Julius já notava a diferença, os agentes de saúde explicam rotineiramente, usando macro modelos e um material didático da Colgate, para as mães das crianças que não estão matriculadas na creche.

Mas seu trabalho não para por aí, eles também trabalham com as gestantes, tanto em casa, como na UBS, explicando e acompanhando-as durante o pré-natal.

Em mais uma de suas peripécias, Julius conseguiu kits de escovação junto a Colgate e fez, junto das educadoras e professoras, a distribuição para os alunos.

E por falar nas educadoras e professoras, produziram, junto com as mães, material para se trabalhar a parte de saúde bucal, com histórias, vídeos e até teatrinhos.

Após 01 (um) ano da implantação, Julius volta à cidade, já formado e depois de toda a loucura da pandemia, para ver como o projeto está caminhando e se assusta com a evolução, tudo é muito prático e trabalhado de forma harmônica, as educadoras e cuidadoras fazem a limpeza da boca dos bebês com maestria e tranquilidade, as crianças maiores já estão acostumadas e, após as refeições se prontificam a escovarem os dentes. Tanto a creche como a escola possuem seus horários, devidamente marcados, para as crianças escovarem, ocorrendo sempre depois das refeições. Julius, após bater um papo com Diana, percebe a diferença até nos números de caries encontrados; sim, a parceria Sorria-Sorriso é um sucesso.

Julius se sente realizado por todo o trabalho desenvolvido desde as reuniões para a implantação até os resultados obtidos.

E agradece muito o empenho e a participação de todos para que as coisas funcionassem como o esperado.

3.13 “O futuro...”

Em uma visão um pouco futurista, é preciso pensar sobre as possibilidades e perspectivas dessa parceria, até onde pode chegar e o que pode ser alcançado.

É preciso, primeiramente, olhar o momento e analisar a qualidade do que já é realizado.

Quando olhamos o histórico do Programa Sorria São Paulo na cidade, é fácil perceber que é um programa bem implantado, bem executado, com atuação em todas as idades e ações bem definidas e simples, porém muito objetivas.

Os materiais e instrumentais utilizados são da melhor qualidade possível e os profissionais são excelentes e estão sempre sendo capacitados.

Faz a entrega de kits de escovação, o que permite com que suas ações cheguem as pessoas socialmente inferiores (crianças e adultos, pois todos recebem kits de escovação).

Sendo assim, é fácil notar que o programa é sucesso e que tem tudo para ter vida longa na cidade.

O histórico do Projeto Sorriso Feliz nos mostra um projeto até certo ponto, novo, mas com o sucesso já alcançado.

Diferente do Sorria, ele tem uma área de atuação mais ampla (professores, educadoras, agentes, pais), o que permite formar um **“Ciclo de Atuação da Primeiríssima Infância”**, pois as ações giram em torno de uma cadeia de pessoas, em que cada um tem sua parte da execução bem definida e todos se complementam.

Tem resultados maravilhosos em todas as cidades em que é executado.

Quando analisamos essas informações, fica fácil acreditar que o sucesso dessa parceria é iminente. Eles se complementam. É como um conto de fadas, nasceram para viver juntos. A expectativa é que, nos próximos anos, os bebês cresçam entendendo a importância da escovação, que os pais trabalhem juntos com os órgãos de educação e saúde e que as crianças tenham cada vez menos carie.

Que todos aprendam a maior lição de todas: **Cuidar da saúde da boca é cuidar da saúde do corpo!**

3.14 “A Reportagem”

Um dia, voltando para casa, Genoveva, sua colega de turma, o alertou de uma reportagem sobre o Projeto Sorriso Feliz que estava publicada no site da faculdade; Julius, curioso, rapidamente acessou o site buscando encontrá-la.

A reportagem trazia como tema, a implantação do projeto em mais 24 cidades, sendo uma delas, sua cidade natal, Tapiti. Seu peito se enche de orgulho por ver que seu sonho se tornou realidade, sua luta valeu a pena, a partir de agora é dar seguimento com as ações diárias de higienização bucal.

4 CONCLUSÕES

À luz do que apresentamos, parece-nos lícito chegarmos às seguintes conclusões:

Sobre o Programa Sorria São Paulo:

- 1 – É um programa fantástico, que engloba ações desde crianças até os adolescentes.
- 2 – Os materiais utilizados nos atendimentos dos pacientes e os kits de escovação entregues são de altíssima qualidade, sendo de grande importância para que se tenham ótimos resultados.
- 3 – Faltam informações ou é preciso repensar formas de divulgação, pois as pessoas não o conhecem, não conhecem suas ações e não conhecerão seu legado.
- 4 – Não integra suas ações com os pais ou agentes de saúde, isso faz com que se crie uma dependência em cima do que é realizado com as crianças, que nem sempre surte o efeito esperado; é preciso reforço, e por isso a importância de se trabalhar com as mães, integralizando os agentes de saúde.
- 5 – Não une forças com a escola que, na maior parte das vezes, nem sabe o que está acontecendo e não entende o porquê das ações; Isso explica porque a escola removeu o horário de escovação dos alunos após as refeições; Quando não se entende a importância da ação, não se faz questão de realizar.
- 6 – Não possui ações voltadas para a primeiríssima infância, o que abre espaço para o Projeto Sorriso Feliz.

Sobre o Projeto Sorriso Feliz:

- 1 – Sua implantação é bem vista por todos, pois é mais um projeto que chega para somar na luta contra a cárie.
- 2 – Atuará, principalmente, na primeiríssima infância, fechando a lacuna que o Sorria deixa aberta e onde ele é insuficiente.

3 – As ações de integralidade com pais e agentes de saúde oferecem ao projeto maior cobertura de ação e maior capacidade de sucesso.

Os projetos se unem em prol a um bem comum, mas o que trará o sucesso é o trabalho em conjunto, de todos (professores, educadoras, gestores, agentes de saúde e pais), ou seja, toda a cadeia de atuação mobilizada.

REFERÊNCIAS

ARANEGA, A. M. **Sorriso feliz emergencial em 24 cidades**: ação protagonista de alunos de graduação, gerando incorporação de hábito de higiene bucal. 2020. Disponível em: <https://www.foa.unesp.br/#!/noticia/44/sorriso-feliz-emergencial-em-24-cidades-da-regiao>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ARANEGA, A. M. **Sorriso feliz emergencial em Araçatuba durante pandemia do COVID**: Projeto FOA e Prefeitura Municipal de Araçatuba em ação educadora virtual. 2020. Disponível em: <https://www.foa.unesp.br/#!/noticia/40/sorriso-feliz-emergencial-em-aracatuba-durante-pandemia-do-covid/>. Acesso em: 16 ago. 2020.

BIRIGUI. **Lei nº 6.584, de 21 de junho de 2018**. Institui e inclui nas atividades das creches, escolas municipais de tempo integral e no trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de birigui ações de "fortalecimento da atenção básica à saúde bucal na primeira infância", de conscientização e prevenção por diagnóstico precoce de doenças da boca. Disponível em: http://www.birigui.sp.gov.br/birigui/controle/arquivo/lei_6.584.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 12 maio 2020.

MUSSOLIN, M. G. **Perfil da saúde bucal de crianças na primeira infância em creches públicas de cidades da região de Araçatuba**. 2015. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

HIGIENE bucal na primeiríssima infância. [S. l.: s. n.], 2015. Publicado pelo canal TV Unesp. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nfE0kTn1C7w&list=PLfQvg9sBWqBjRTxulv4PPztQVh6uzobp5&index=23>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 234, de 27 de abril de 2006**. Estabelece diretrizes para a Política Estadual de Saúde Bucal no Estado de São Paulo e dá outras providências. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=648137>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Resolução SS – 12, de 11 de janeiro de 2020**. Estabelece as Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal e disponibiliza ferramenta para o monitoramento e organização da demanda no âmbito da Atenção Básica do SUS no Estado de São Paulo, e dá providências correlatas. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2020/E_R-SS-12_160120.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

TURMALINA. **Ontem (22/07) através de videoconferência foi realizada uma capacitação com os profissionais...** Facebook: <https://www.facebook.com/turmalinaprefeitura>, 23 jul. 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/turmalinaprefeitura/photos/647607202775929>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ANEXOS

ANEXO A - Lei Federal: 13.257, DE 08 DE MARÇO DE 2016

07/10/2020

L13257



Presidência da República
Secretaria-Geral
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016.

Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e diretrizes da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 \(Estatuto da Criança e do Adolescente\)](#); altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera os arts. 6º, 185, 304 e 318 do [Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 \(Código de Processo Penal\)](#); acrescenta incisos ao art. 473 da [Consolidação das Leis do Trabalho \(CLT\), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943](#); altera os arts. 1º, 3º, 4º e 5º da [Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008](#); e acrescenta parágrafos ao art. 5º da [Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012](#).

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança.

Art. 3º A prioridade absoluta em assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem, nos termos do [art. 227 da Constituição Federal](#) e do [art. 4º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#), implica o dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral.

Art. 4º As políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos da criança na primeira infância serão elaboradas e executadas de forma a:

- I - atender ao interesse superior da criança e à sua condição de sujeito de direitos e de cidadã;
- II - incluir a participação da criança na definição das ações que lhe digam respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento;
- III - respeitar a individualidade e os ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade da infância brasileira, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais;
- IV - reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na primeira infância, priorizando o investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação da criança;
- V - articular as dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância;
- VI - adotar abordagem participativa, envolvendo a sociedade, por meio de suas organizações representativas, os profissionais, os pais e as crianças, no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços;
- VII - articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado;
- VIII - descentralizar as ações entre os entes da Federação;
- IX - promover a formação da cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.

07/10/2020

L13257

Parágrafo único. A participação da criança na formulação das políticas e das ações que lhe dizem respeito tem o objetivo de promover sua inclusão social como cidadã e dar-se-á de acordo com a especificidade de sua idade, devendo ser realizada por profissionais qualificados em processos de escuta adequados às diferentes formas de expressão infantil.

Art. 5º Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica.

Art. 6º A Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância.

Art. 7º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir, nos respectivos âmbitos, comitê intersetorial de políticas públicas para a primeira infância com a finalidade de assegurar a articulação das ações voltadas à proteção e à promoção dos direitos da criança, garantida a participação social por meio dos conselhos de direitos.

§ 1º Caberá ao Poder Executivo no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios indicar o órgão responsável pela coordenação do comitê intersetorial previsto no **caput** deste artigo.

§ 2º O órgão indicado pela União nos termos do § 1º deste artigo manterá permanente articulação com as instâncias de coordenação das ações estaduais, distrital e municipais de atenção à criança na primeira infância, visando à complementaridade das ações e ao cumprimento do dever do Estado na garantia dos direitos da criança.

Art. 8º O pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância constitui objetivo comum de todos os entes da Federação, segundo as respectivas competências constitucionais e legais, a ser alcançado em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Parágrafo único. A União buscará a adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios à abordagem multi e intersetorial no atendimento dos direitos da criança na primeira infância e oferecerá assistência técnica na elaboração de planos estaduais, distrital e municipais para a primeira infância que articulem os diferentes setores.

Art. 9º As políticas para a primeira infância serão articuladas com as instituições de formação profissional, visando à adequação dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados, para possibilitar a expansão com qualidade dos diversos serviços.

Art. 10. Os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança.

Art. 11. As políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços à criança e divulgação dos seus resultados.

§ 1º A União manterá instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como sistema informatizado, que inclua as redes pública e privada de saúde, para atendimento ao disposto neste artigo.

§ 2º A União informará à sociedade a soma dos recursos aplicados anualmente no conjunto dos programas e serviços para a primeira infância e o percentual que os valores representam em relação ao respectivo orçamento realizado, bem como colherá informações sobre os valores aplicados pelos demais entes da Federação.

Art. 12. A sociedade participa solidariamente com a família e o Estado da proteção e da promoção da criança na primeira infância, nos termos do caput e do § 7º do art. 227, combinado com o inciso II do art. 204 da Constituição Federal, entre outras formas:

I - formulando políticas e controlando ações, por meio de organizações representativas;

II - integrando conselhos, de forma paritária com representantes governamentais, com funções de planejamento, acompanhamento, controle social e avaliação;

07/10/2020

L13257

III - executando ações diretamente ou em parceria com o poder público;

IV - desenvolvendo programas, projetos e ações compreendidos no conceito de responsabilidade social e de investimento social privado;

V - criando, apoiando e participando de redes de proteção e cuidado à criança nas comunidades;

VI - promovendo ou participando de campanhas e ações que visem a aprofundar a consciência social sobre o significado da primeira infância no desenvolvimento do ser humano.

Art. 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios apoiarão a participação das famílias em redes de proteção e cuidado da criança em seus contextos sociofamiliar e comunitário visando, entre outros objetivos, à formação e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com prioridade aos contextos que apresentem riscos ao desenvolvimento da criança.

Art. 14. As políticas e programas governamentais de apoio às famílias, incluindo as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis, buscarão a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e direitos humanos, entre outras, com vistas ao desenvolvimento integral da criança.

§ 1º Os programas que se destinam ao fortalecimento da família no exercício de sua função de cuidado e educação de seus filhos na primeira infância promoverão atividades centradas na criança, focadas na família e baseadas na comunidade.

§ 2º As famílias identificadas nas redes de saúde, educação e assistência social e nos órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que se encontrem em situação de vulnerabilidade e de risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência, terão prioridade nas políticas sociais públicas.

§ 3º As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos da [Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014](#), com o intuito de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância.

§ 4º A oferta de programas e de ações de visita domiciliar e de outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na primeira infância será considerada estratégia de atuação sempre que respaldada pelas políticas públicas sociais e avaliada pela equipe profissional responsável.

§ 5º Os programas de visita domiciliar voltados ao cuidado e educação na primeira infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada.

Art. 15. As políticas públicas criarão condições e meios para que, desde a primeira infância, a criança tenha acesso à produção cultural e seja reconhecida como produtora de cultura.

Art. 16. A expansão da educação infantil deverá ser feita de maneira a assegurar a qualidade da oferta, com instalações e equipamentos que obedeçam a padrões de infraestrutura estabelecidos pelo Ministério da Educação, com profissionais qualificados conforme dispõe a [Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 \(Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional\)](#), e com currículo e materiais pedagógicos adequados à proposta pedagógica.

Parágrafo único. A expansão da educação infantil das crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos de idade, no cumprimento da meta do Plano Nacional de Educação, atenderá aos critérios definidos no território nacional pelo competente sistema de ensino, em articulação com as demais políticas sociais.

Art. 17. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão organizar e estimular a criação de espaços lúdicos que propiciem o bem-estar, o brincar e o exercício da criatividade em locais públicos e privados onde haja circulação de crianças, bem como a fruição de ambientes livres e seguros em suas comunidades.

Art. 18. O art. 3º da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 \(Estatuto da Criança e do Adolescente\)](#), passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 3º

07/10/2020

L13257

Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem." (NR)

Art. 19. O art. 8º da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

" Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança." (NR)

Art. 20. O art. 9º da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#), passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º e 2º :

"Art. 9º

§ 1º Os profissionais das unidades primárias de saúde desenvolverão ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua.

§ 2º Os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de banco de leite humano ou unidade de coleta de leite humano." (NR)

Art. 21. O art. 11 da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

07/10/2020

L13257

* Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas.

§ 3º Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário." (NR)

Art. 22. O art. 12 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

* Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente." (NR)

Art. 23. O art. 13 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º :

*Art. 13.

§ 1º As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude.

§ 2º Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar." (NR)

Art. 24. O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º, 3º e 4º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º :

*Art. 14.

§ 1º.....

§ 2º O Sistema Único de Saúde promoverá a atenção à saúde bucal das crianças e das gestantes, de forma transversal, integral e intersetorial com as demais linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança.

§ 3º A atenção odontológica à criança terá função educativa protetiva e será prestada, inicialmente, antes de o bebê nascer, por meio de aconselhamento pré-natal, e, posteriormente, no sexto e no décimo segundo anos de vida, com orientações sobre saúde bucal.

§ 4º A criança com necessidade de cuidados odontológicos especiais será atendida pelo Sistema Único de Saúde." (NR)

Art. 25. O art. 19 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

07/10/2020

L13257

" Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

.....

§ 3º A manutenção ou a reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência, caso em que será esta incluída em serviços e programas de proteção, apoio e promoção, nos termos do § 1º do art. 23, dos incisos I e IV do **caput** do art. 101 e dos incisos I a IV do **caput** do art. 129 desta Lei.

....." (NR)

Art. 26. O art. 22 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

"Art. 22.

Parágrafo único. A mãe e o pai, ou os responsáveis, têm direitos iguais e deveres e responsabilidades compartilhados no cuidado e na educação da criança, devendo ser resguardado o direito de transmissão familiar de suas crenças e culturas, assegurados os direitos da criança estabelecidos nesta Lei." (NR)

Art. 27. O § 1º do art. 23 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 23.

§ 1º Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção.

....." (NR)

Art. 28. O art. 34 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º e 4º :

"Art. 34.

§ 3º A União apoiará a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora como política pública, os quais deverão dispor de equipe que organize o acolhimento temporário de crianças e de adolescentes em residências de famílias selecionadas, capacitadas e acompanhadas que não estejam no cadastro de adoção.

§ 4º Poderão ser utilizados recursos federais, estaduais, distritais e municipais para a manutenção dos serviços de acolhimento em família acolhedora, facultando-se o repasse de recursos para a própria família acolhedora." (NR)

Art. 29. O inciso II do art. 87 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 87.

II - serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências;

....." (NR)

Art. 30. O art. 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos VIII, IX e X:

07/10/2020

L13257

*Art. 88.

.....

VIII - especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil;

IX - formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral;

X - realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência." (NR)

Art. 31. O art. 92 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 7º :

*Art. 92.

.....

§ 7º Quando se tratar de criança de 0 (zero) a 3 (três) anos em acolhimento institucional, dar-se-á especial atenção à atuação de educadores de referência estáveis e qualitativamente significativos, às rotinas específicas e ao atendimento das necessidades básicas, incluindo as de afeto como prioritárias." (NR)

Art. 32. O inciso IV do **caput** do art. 101 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

*Art. 101.

.....

IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;

..... * (NR)

Art. 33. O art. 102 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 5º e 6º :

*Art. 102.

.....

§ 5º Os registros e certidões necessários à inclusão, a qualquer tempo, do nome do pai no assento de nascimento são isentos de multas, custas e emolumentos, gozando de absoluta prioridade.

§ 6º São gratuitas, a qualquer tempo, a averbação requerida do reconhecimento de paternidade no assento de nascimento e a certidão correspondente." (NR)

Art. 34. O inciso I do art. 129 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

*Art. 129.

.....

I - encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família;

..... * (NR)

Art. 35. Os §§ 1º -A e 2º do art. 260 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

07/10/2020

L13257

"Art. 260.

§ 1º -A. Na definição das prioridades a serem atendidas com os recursos captados pelos fundos nacional, estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente, serão consideradas as disposições do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária e as do Plano Nacional pela Primeira Infância.

§ 2º Os conselhos nacional, estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente fixarão critérios de utilização, por meio de planos de aplicação, das dotações subsidiadas e demais receitas, aplicando necessariamente percentual para incentivo ao acolhimento, sob a forma de guarda, de crianças e adolescentes e para programas de atenção integral à primeira infância em áreas de maior carência socioeconômica e em situações de calamidade.

....." (NR)

Art. 36. A [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#), passa a vigorar acrescida do seguinte art. 265-A:

" Art. 265-A. O poder público fará periodicamente ampla divulgação dos direitos da criança e do adolescente nos meios de comunicação social.

Parágrafo único. A divulgação a que se refere o **caput** será veiculada em linguagem clara, compreensível e adequada a crianças e adolescentes, especialmente às crianças com idade inferior a 6 (seis) anos."

Art. 37. O art. 473 da [Consolidação das Leis do Trabalho \(CLT\)](#), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos X e XI:

"Art. 473.

X - até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira;

XI - por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica." (NR)

Art. 38. Os arts. 1º, 3º, 4º e 5º da [Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008](#), passam a vigorar com as seguintes alterações: ([Produção de efeito](#)).

" Art. 1º É instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar:

I - por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no [inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal](#);

II - por 15 (quinze) dias a duração da licença-paternidade, nos termos desta Lei, além dos 5 (cinco) dias estabelecidos no [§ 1º do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias](#).

§ 1º A prorrogação de que trata este artigo:

I - será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que a empregada a requeira até o final do primeiro mês após o parto, e será concedida imediatamente após a fruição da licença-maternidade de que trata o [inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal](#);

II - será garantida ao empregado da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que o empregado a requeira no prazo de 2 (dois) dias úteis após o parto e comprove participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável.

07/10/2020

L13257

§ 2º A prorrogação será garantida, na mesma proporção, à empregada e ao empregado que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança." (NR)

* [Art. 3º](#) Durante o período de prorrogação da licença-maternidade e da licença-paternidade:

I - a empregada terá direito à remuneração integral, nos mesmos moldes devidos no período de percepção do salário-maternidade pago pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS);

II - o empregado terá direito à remuneração integral." (NR)

* [Art. 4º](#) No período de prorrogação da licença-maternidade e da licença-paternidade de que trata esta Lei, a empregada e o empregado não poderão exercer nenhuma atividade remunerada, e a criança deverá ser mantida sob seus cuidados.

Parágrafo único. Em caso de descumprimento do disposto no **caput** deste artigo, a empregada e o empregado perderão o direito à prorrogação." (NR)

* [Art. 5º](#) A pessoa jurídica tributada com base no lucro real poderá deduzir do imposto devido, em cada período de apuração, o total da remuneração integral da empregada e do empregado pago nos dias de prorrogação de sua licença-maternidade e de sua licença-paternidade, vedada a dedução como despesa operacional.

....." (NR)

Art. 39. O Poder Executivo, com vistas ao cumprimento do disposto no [inciso II do caput do art. 5º](#) e nos [arts. 12 e 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), estimará o montante da renúncia fiscal decorrente do disposto no art. 38 desta Lei e o incluirá no demonstrativo a que se refere o [§ 6º do art. 165 da Constituição Federal](#), que acompanhará o projeto de lei orçamentária cuja apresentação se der após decorridos 60 (sessenta) dias da publicação desta Lei. [\(Produção de efeito\)](#)

Art. 40. Os arts. 38 e 39 desta Lei produzem efeitos a partir do primeiro dia do exercício subsequente àquele em que for implementado o disposto no art. 39.

Art. 41. Os arts. 6º, 185, 304 e 318 do [Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 \(Código de Processo Penal\)](#), passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 6º

[X](#) - colher informações sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa." (NR)

"Art. 185.

[§ 10.](#) Do interrogatório deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa." (NR)

"Art. 304.

[§ 4º](#) Da lavratura do auto de prisão em flagrante deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa." (NR)

"Art. 318.

07/10/2020

L13257

.....

IV - gestante;

V - mulher com filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos;

VI - homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos.

....." (NR)

Art. 42. O art. 5º da [Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012](#), passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º e 4º :

"Art. 5º

.....

§ 3º O sistema previsto no **caput** deverá assegurar a interoperabilidade com o Sistema Nacional de Informações de Registro Civil (Sirc).

§ 4º Os estabelecimentos de saúde públicos e privados que realizam partos terão prazo de 1 (um) ano para se interligarem, mediante sistema informatizado, às serventias de registro civil existentes nas unidades federativas que aderirem ao sistema interligado previsto em regramento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)." (NR)

Art. 43. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de março de 2016; 195º da Independência e 128º da República.

DILMA ROUSSEFF
Nelson Barbosa
Aloizio Mercadante
Marcelo Costa e Castro
Tereza Campello
Nilma Lino Gomes

Este texto não substitui o publicado no DOU de 9.3.2016

*

ANEXO B - Resolução SS – 12, 11 DE JANEIRO DE 2020

Diário Oficial

Estado de São Paulo

Poder Executivo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 11 – DOE – 17/01/20 – seção 1 – p.35

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 12, de 11 de janeiro de 2020

Estabelece as Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal e disponibiliza ferramenta para o monitoramento e organização da demanda no âmbito da Atenção Básica do SUS no Estado de São Paulo, e dá providências correlatas.

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

- ✓ A Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;
- ✓ O Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;
- ✓ O Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- ✓ A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004. Referência: Portaria de Consolidação Nº2 - Capítulo II – DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE Seção I / Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde –Art. 6º, Item II;
- ✓ O Anexo I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - (Origem: PRT MS/GM 2446/2014) Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde;
- ✓ O Anexo I - Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Art. 1º) da Portaria de Consolidação Nº 3, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
- ✓ O Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, da Portaria de Consolidação nº2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

- ✓ O Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE;
- ✓ O Programa Sorria São Paulo, autorizado pela Lei nº 10.771 de 21-2-2001, sob condições estabelecidas na Resolução SS 55, de 21-05-2008 que estabelece as condições para efetivar transferência de recursos na modalidade fundo a fundo, nos moldes do Decreto Estadual - 53.019, de 20-05-2008 cujo objetivo pretende aperfeiçoar a atenção básica em saúde no Estado de São Paulo, agilizar a utilização dos recursos pela área de saúde municipal e definir novos mecanismos de controle e avaliação dos resultados dos serviços municipais de saúde, garantindo melhor atendimento em saúde para a população;
- ✓ O PES 2016-2019, que definiu em seu Eixo I, Diretriz 6, Objetivo 1 as Metas 4 e 5 que versam sobre "Elaborar as diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal do Estado de São Paulo" e "Desenvolver ferramenta específica para o monitoramento e avaliação do Programa Sorria São Paulo", respectivamente.

Resolve:

Artigo 1º– Estabelecer as Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal, na forma do Anexo que fica fazendo parte integrante à presente Resolução.

Artigo 2º – Fica disponibilizada ferramenta para o monitoramento e organização da demanda no âmbito da Atenção Básica do SUS no Estado de São Paulo, no site da SES, em Áreas Técnicas, Saúde Bucal, pasta Diretrizes da Política Estadual para Atenção em Saúde Bucal/SESSP.

Artigo 3º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo

(a que se reporta a Resolução SS - 12, de 11 de janeiro de 2020)

"DIRETRIZES DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL/SES-SP"**I - Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica:
Classificação de Risco e Organização da Demanda.****1. Introdução**

A Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo propõe a utilização em larga escala da metodologia da **Classificação de Risco às Principais Afecções Bucais, como estratégia de PROMOVER A REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA** (objetivo 1.6.1 da Diretriz 1.6 do Plano Estadual de Saúde 2016-2019).

A metodologia em questão resulta de um trabalho promovido pela Secretaria de Estado da Saúde - SP em 2000, intitulado "Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito

do SUS-SP em função do risco de cárie dentária” (RSS 95 de 27/06/2000; RSS 164 de 21/12/2000). A princípio o método pretendia identificar quem poderia ou não participar das ações de aplicação de flúor tópico através do levantamento do risco à cárie dentária e, a exemplo de Diadema, os municípios do Estado de São Paulo foram estimulados a utilizar a intitulada “Classificação de Risco à Cárie Dentária”, como instrumento para organização da demanda na priorização do acesso ao tratamento. Na ocasião, a Secretaria de Estado da Saúde agregou o risco à doença periodontal e ao câncer bucal à proposta da classificação, quando capacitou amplamente toda a rede de atenção básica em saúde bucal sendo, até hoje, praticada por muitos municípios. Foram desenvolvidos materiais de capacitação e publicado o documento “A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica: Proposta para o SUS-SP” em 2001, com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal.

Ao integrar o rol das atividades previstas nos processos de trabalho da Saúde Bucal, observou-se que a metodologia da Classificação de Risco, além de promover a organização da demanda, pode fornecer facilmente mais um traçado epidemiológico do perfil das principais afecções bucais de uma determinada população, ou mesmo ser um indicador de eficiência do serviço em relação ao acesso e/ou incorporação de práticas saudáveis.

A partir de 2012, a gestão estadual constatou que vários municípios modificaram a metodologia do risco aplicado à doença cárie, indicando assim a necessidade de um estudo para adaptação às reais necessidades e práticas. A primeira proposta de alteração foi apresentada em 2013 durante o IV ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA E BIOÉTICA VI WORKSHOP DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA UNESP-FOA, cujas modificações contemplariam algumas insuficiências do método relatadas e ou praticadas pelos municípios até então. A atual configuração está baseada em estudo desenvolvido em Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP/UNICAMP, apresentado em 2015.

Outras modificações foram necessárias após diversas reuniões com coordenadores municipais, Articuladores de SB dos DRS sendo a última contribuição junto às reuniões do projeto de “Projeto Saúde em Ação-SES/BID” no Vale do Jurumirim durante o período de 2016-2018.

Como desdobramento, o método possibilitou o desenvolvimento de uma “Ferramenta Automática para Classificação de Risco em Saúde Bucal da SES-SP”, tipo “WEBSITE”, (parceria SESSP e PROAHSA-HCFMUSP/FMUSP/ FGV/EAESP) disponível on line para todos os Municípios do Estado de São Paulo e que pretende facilitar a gestão do cuidado pelos Profissionais e Gestores e, principalmente, ampliar o acesso com equidade e qualidade à população.

Por fim, este documento pretende traçar as diretrizes estaduais e oferecer ferramentas para que os municípios organizem a atenção à Saúde Bucal na Atenção Básica de acordo com suas realidades. Maiores detalhamentos conceituais, tecnológicos e clínicos serão ofertados através de cursos e desenvolvimento de materiais educativos como proposta de Educação Permanente em Saúde para a área de saúde bucal.

2. Objetivos (Classificação de Risco em Saúde Bucal –SES/SP)

2.1. Objetivo Geral

Promover a reorganização do serviço em Saúde Bucal na Atenção Básica, com base nos princípios e diretrizes do SUS e suas políticas específicas, visando à ampliação do acesso, através da melhora na resolutividade e da oferta do serviço de Atenção em Saúde Bucal.

2.2. Objetivos Específicos

- Oferecer aos municípios uma **ferramenta simples** e de larga escala, que permita a fácil identificação das prioridades e definição de fluxos de encaminhamento com equidade: **a metodologia da estratificação de risco em saúde bucal**;
- Realizar a busca ativa em saúde bucal para promover o acesso com equidade, de modo a coibir os agravos em saúde.
- Promover o **acompanhamento dos casos e dos resultados pelo gestor** e toda a equipe de saúde bucal;
- Agregar outras **medidas de fundo epidemiológico**, levando-se em consideração dados coletados em **processos de trabalho rotineiros e**, que possibilitam **avaliar o impacto** das ações sobre as populações, o **custo benefício**, de modo a colaborar nos processos de **planejamento** de políticas públicas em saúde.

3. Método da Classificação de Risco em Saúde Bucal – SES/SP

Postulados:

- 3.1. O método permite aplicação em diversos tipos de ambientes, desde que respeitados os princípios da biossegurança e ergonomia. Exemplo: escola, associação de bairro, biblioteca, quadra de esportes, sala educativa da UBS, sala de espera, etc.
- 3.2. Considera-se as principais afecções bucais: Cárie, Doença Periodontal, Oclusopatias e Câncer Bucal. (Figura 1).



Figura 1- Principais Afecções Bucais para estratificação do risco

- 3.3. A situação encontrada para cada afecção será traduzida em Risco Baixo, Moderado ou Alto (figura 2):

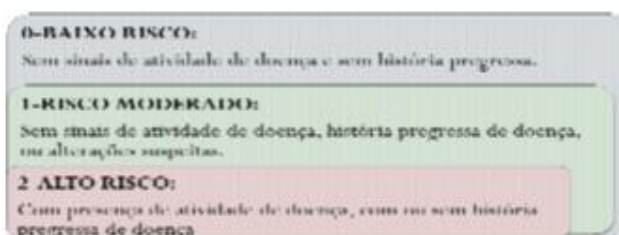


Figura 2- Tipos de Risco Individual

- 3.4. Trata-se ação coletiva realizada sobre grupos de pessoas onde pressupõe-se a realização de Busca Ativa sobre coletivos com maior vulnerabilidade às principais afecções bucais e grupos prioritários locais da atenção básica cujas condições sistêmicas pressupõem ausência de focos de contaminação: Gestantes/Primeiríssima Infância; Crianças.; Diabéticos/Hipertensos e outros de ordem local¹.

3.4.1. Doença Cárie Dentária

O profissional registrará a situação encontrada para a doença multifatorial cárie, levando em conta dois principais fatores: Fator Cárie Dentária e Fator Biofilme².

- **Fator Cárie:** será registrada a pior situação encontrada das condições abaixo:

Quadro 1: Situações Encontradas quanto ao Fator Cárie Dentária

Código	Critérios
A	Sem história de cárie: somente hígidos;
B	Presença de dente restaurado;
C	Presença de lesão de cárie crônica e/ou presença de restauração provisória;
D	Presença de Mancha Branca Ativa;
E	Presença de lesão de cárie em sulcos, fôssulas e cicatrículas, sem comprometimento pulpar evidente;
F	Presença de lesão de cárie de face proximal, ângulos da borda incisal e terço cervical, sem comprometimento pulpar evidente;
G	Suspeita de Comprometimento pulpar ou periapical: pulpíte, fistula, polpa exposta, abscesso, foco residual e dor.

- **Fator Biofilme:** deverá ser observada a presença de gengivite em pelo menos três elementos dentários, registrado conforme o quadro 2:

Quadro 2: Situações Encontradas quanto ao Fator Biofilme

Código	Critérios
(-) Negativo	Ausência de gengivite (com ou sem biofilme);
(+) Positivo	Presença de gengivite em pelo menos 3 elementos dentários.

3.4.2. Doença Periodontal

- Indicado para população acima de 15 anos, toma-se por base o Índice de Russell Modificado, examina-se apenas os dentes índices para cada sextante ou, na ausência deste, o adjacente no mesmo sextante:

16	11	24
44	31	36

¹ Pode-se considerar, p. exemplo a classificação de risco sobre grupo de tabagistas, grupo de pessoas com deficiência, etc. A população que procura a Unidade de Saúde e não se enquadra nos grupos prioritários será agrupado como "Grupo de Demanda Espontânea" para Classificação de Risco.

² A classificação individual de risco a cárie apresentada trata-se de uma adaptação sobre classificação de 2001 da SES/SP, desenvolvida e atualizada pela Coordenação da Área Técnica de Saúde Bucal da SES/SP, 2015.

- O indivíduo será classificado pelo código de seu pior sextante e somente na ausência total de dentes, será registrado o código "X".

Quadro 3: Classificação de Risco quanto a Doença Periodontal

Código	Crítérios
X	Ausência de dentes;
0	Elemento com periodonto sadio;
1	Elemento com gengivite;
2	Elemento com cálculo supragengival;
B	Seqüela de doença periodontal anterior;
6	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade;
8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função.

3.4.3. Doença Câncer Bucal

O profissional registrará a condição encontrada para a Doença Câncer Bucal, levando em conta a pior situação encontrada das condições abaixo:

Quadro 4: Classificação de Risco quanto ao Câncer Bucal

Código	Crítérios
0	Indivíduo com tecidos moles sadios;
1	Indivíduo com alterações em tecidos moles sem suspeita de malignidade (alterações não listadas no código 2);
2	Indivíduo com alterações em tecidos moles com suspeita de malignidade: úlceras indolores com mais de 14 dias de evolução, com bordas elevadas e base ligeiramente endurecida ou não; lesões brancas ou enegrecidas com áreas ulceradas; lesões avermelhadas com mais de 14 dias de evolução, com contornos definidos e limites nítidos sugerindo eritroplasia; lesões vegetativas de crescimento rápida (pápulas, nódulos), lisas, granuladas, verrucosas ou ulceradas.

3.4.4. Oclusopatias

O profissional registrará a condição encontrada para oclusopatias³, levando em conta alterações na posição dos dentes e na inter-relação dos maxilares, de modo a se estimar o perfil da necessidade de intervenção na faixa etária de 6 ou 7 anos até 19 anos de idade.

Quadro 5: Classificação de Risco quanto a Oclusopatias

Código	Crítérios
0	Ausência de alterações oclusais;
1	Quando há um ou mais dentes com giroversão, ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida vertical acima de 2mm;
2	Quando há um efeito considerável na aparência facial, ou significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados com pelo menos uma das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: ▪ Transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo); ▪ Transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo);

³ A classificação para oclusopatias é uma adaptação do critério preconizado pelo Manual de Levantamento Epidemiológico da Organização Mundial de Saúde de 1987, modificado pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1996.

	• Mordida aberta; • Desvio de linha média de 4 mm ou mais; • Apinhamento ou espaçamento de 4 mm ou mais.
--	--

3.5. Risco e Conduta

Registrada a "Situação Encontrada" (Código SE), será identificado o risco e a conduta a ser realizada para cada caso (vide quadros 6,7,8,9). De modo geral, propõe-se otimizar ao máximo a utilização dos consultórios odontológicos da atenção básica para as condutas de Urgência, Restaurações mais complexas, Remoção de Cálculos, Exodontias, Remoção de Foco Residual, entre outras. Por outro lado, os casos que referem-se a Ações Coletivas de Educação, Flúor Tópico e até mesmo a utilização da ART, Orientações e Acompanhamento Visual devem preferencialmente ser realizados fora do consultório odontológico, em espaços sociais o mais próximos possíveis para o estabelecimento do acesso dos usuários.

Quadro 6: Risco e Conduta para Cárie Dentária.

CÓDIGO SE	Fator Cárie	Fator Biofilme	Risco	Conduta
A -	A - Sem história de cárie: somente hígidos	-	Baixo	Promoção/Educação
A +		+	Alto	Promoção/ Educação Flúor tópico
B -	B - Presença de restauração	-	Moderado	
B +		+	Alto	
C -	C - Cárie crônica/ restauração provisória	-	Moderado	
C +		+	Alto	
D -	D - Mancha branca ativa	-	Alto	
D +		+	Alto	
E -	E - Lesão de sulcos, fôssulas e cicatrículas, sem comprometimento pulpar evidente.	-	Alto	Promoção/ Educação Flúor Tópico/ ART*
E +		+		Promoção/ Educação/ Flúor tópico/ Selante/ TCO-US**
F -	F - Lesão de face proximal, ângulos da borda incisal e terço cervical, sem comprometimento pulpar evidente.	-		
F +		+		Promoção/ Educação/ Flúor tópico/ Selante/ Urgência/ TCO-US**
G -	G - Suspeita de Comprometimento pulpar ou periapical: pulpite, fístula, polpa exposta, abscesso, foco residual, dor.	-		
G +		+		

Quadro 7: Risco e Conduta para Classificação de Risco à Doença Periodontal

CÓDIGO SE	Critérios	Risco	Conduta
X	Ausência de dentes	Baixo	Ações Coletivas
0	Elemento com periodonto sadio		
1	Elemento com gengivite	Moderado	TCO-US**
2	Elemento com cálculo supra-gengival		
B	Sequela de doença periodontal anterior		Orientação/ Acompanhamento individual
6	Elemento com cálculo sub-gengival (visível pelo afastamento/ retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade	Alto	TCO-US** e/ou Encaminhamento Atenção Secundária

8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função		Urgência
---	--	--	----------

Quadro 8: Risco e Conduta para Classificação de Risco ao Câncer Bucal

CODIGO SE	Crítérios	Risco	Conduta
0	Indivíduo com tecidos moles sadios	Baixo	Orientações
1	Indivíduo com alterações em tecidos moles sem suspeita de malignidade (alterações não listadas no código 2)	Moderado	Orientações, Retriagem, TCO-US** e/ou Alta
2	Indivíduo com alterações em tecidos moles com suspeita de malignidade: úlceras indolores com mais de 14 dias de evolução, com bordas elevadas e base ligeiramente endurecida ou não; lesões brancas ou enegrecidas com áreas ulceradas; lesões avermelhadas com mais de 14 dias de evolução, com contornos definidos e limites nítidos sugerindo eritroplasia; lesões vegetativas de crescimento rápida (pápulas, nódulos), lisas, granuladas, verrucosas ou ulceradas.	Alto	Retriagem e Agendamento na Atenção Secundária

Quadro 9: Risco e Conduta para Classificação de Risco à Oclusopatias.

CODIGO SE	Crítérios	Risco	Conduta
0	Ausência de alterações oclusais	Baixo	Orientações
1	Quando há um ou mais dentes com giroversão, ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida vertical acima de 2mm.	Moderado	TCO-US** ou Referência Matricial***
2	Quando há comprometimento considerável na aparência facial, na função mastigatória, ou na fonética, observados com pelo menos uma das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: • Transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo); • Transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo); • Mordida aberta; • Desvio de linha média de 4 mm ou mais; • Apinhamento ou espaçamento de 4 mm ou mais.	Alto	Tratamento Especializado: Ortodontia, Fonoaudiologia, Cirurgia Bucomaxilofacial, etc.

ART: Tratamento Restaurador Atraumático/

TCO-US: Tratamento em Consultório Odontológicos das Unidades de Saúde.

Referência Matricial: entrar em contato com especialista de apoio para atendimento orientado e/ou encaminhamento.

4. Agendamento e Parâmetros

Para organizar a demanda, propõe-se considerar a nova configuração de organização dos serviços de saúde, as Redes Poliárquicas de Atenção em Saúde (RAS) cujo sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção em saúde, onde a atenção básica assume o papel de ordenadora da RAS, sem que haja diferenças de importância entre seus diversos pontos da atenção, independente das densidades tecnológicas e sistemas de apoio.

4.1.5. Urgências/Emergência

Na Atenção Básica, o Estado de São Paulo considera por parâmetro, a média de 2 consultas de Urgência/Emergências por período na atenção básica, o que representa cerca de 20% da agenda. Toda urgência deve ser acolhida e, propõe-se usar o Protocolo de Manchester Adaptado para Saúde Bucal, como método de priorização (Quadro 10). Os pacientes classificados previamente como "G"; "8"; "1 e 2" ; 2; para Cárie, Perio, Câncer Bucal e Oclusopatias respectivamente são naturalmente considerados Urgência e devem ser atendidos conforme condutas indicadas (vide item 3.6- 1,2,3,4).

Quadro 10 - Urgência/Emergência em Saúde Bucal: Manchester Adaptado para SB/SESSP

CÓDIGO	Situação Encontrada	Conduta
Vermelho	Suspeita de Septicemia; Traumatismos graves; Choque Anafilático; entre outros.	<u>Emergência:</u> Rede de Urgência /Emergência - Conduta de referência para outro nível de atenção.
Laranja	Pericoronarites, Alveolites; Abscessos; Hemorragias; Pulpites; Traumatismos, Restaurações com importância estética ou mastigatória e casos Classificados para os códigos de alto risco "G" com dor e "8" referentes à doenças cárie e periodontal respectivamente .	<u>Urgência-Prioridade 1:</u> Atendimento Imediato: medicação e intervenção
Amarelo	Dor causada por cárie; Sensibilidade dentinária causada por fraturas; Reestabelecimento de função e casos Classificados para os códigos de alto risco "G"e"8" sem dor, referentes à doenças cárie e periodontal respectivamente.	<u>Urgência-Prioridade 2:</u> Atendimento queixa principal:
Azul	Radiografias; Remoção de sutura; Exodontias sem sintomatologia dolorosa; quadro infeccioso controlado após medicação prévia e casos Classificados para os códigos de alto risco "1-2" e "3" sem dor, referentes a Lesões de boca e Oclusopatias respectivamente.	<u>Urgência-Prioridade 3:</u> Atendimento indicado e/ou Conduta de Referência.

Após a priorização dos pacientes em situação de Urgência, a conduta profissional deve ser no sentido da melhor resolatividade possível para evitar retornos e novas intervenções sob o mesmo CID (código internacional de doenças). Vide quadro 11, procedimentos mais utilizados nas urgências de saúde bucal na atenção básica.

Há de se considerar que grande parte das indicações de Exodontias, pressupõem cobertura medicamentosa prévia e nestes casos o paciente deve ser orientado a retornar para procedimento de extração onde foi medicado em prazo recomendado pelo profissional. Para pulpite e abscesso, além da prescrição medicamentosa sistêmica, orienta-se a realização de procedimentos locais conforme indicado no quadro 11.

Realizados os procedimentos de Urgências, os encaminhamentos para tratamento podem prosseguir através dos critérios da metodologia da Classificação de Risco em Saúde Bucal.

As Emergências em Saúde Bucal implicam em encaminhamento junto à Rede de Urgência Emergência para outros níveis de atenção, com as observações clínicas referentes à cavidade

oral e/ou conduta realizada. Alguns casos de emergência manifestam-se durante o tratamento odontológico, quando o clínico pode atuar dentro dos conhecimentos básicos de emergências na clínica odontológica e avaliar a necessidade de encaminhamento conforme conduta indicada acima.

Quadro 11 - Procedimentos mais utilizados em Urgências de Saúde Bucal na atenção Básica:

Código Procedimento	Descrição do procedimento	Indicação
03.07.01.001-5	Capeamento pulpar;	Pulpites /abscessos:
03.07.02.001-0	Acesso a polpa dentaria e medicação (por dente);	
03.07.02.007-0	Pulpotomia dentária;	
04.01.01.003-1	Drenagem de abscesso;	
03.07.01.002-3	Restauração de dente decíduo	Cáries agudas, fraturas dentais e dores ou sensibilidades/desconfortos importantes.
03.07.01.003-1	Restauração dente permanente anterior;	
03.07.01.004-0	Restauração dente permanente posterior;	
03.07.01.005-8	Tratamento de nevralgias faciais;	
03.07.04.015-1	ajuste oclusal;	
03.07.03.004-0	profilaxia / remoção da placa bacteriana;	
04.14.02.012-0	exodontia de dente decíduo;	
04.14.02.013-8	exodontia de dente permanente;	
04.14.02.015-4	gingivectomia (por sextante);	

Fonte Tabela Unificada – SIGTAP –Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS Sig Tap - <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada.aspx?secc=inicio> em 23/08/2019 às 17:25h

4.2. PLANEJAMENTO DA AGENDA - A proposta abaixo, refere-se a uma agenda padrão para uma equipe de saúde bucal composta de 1 Cirurgião-Dentista e 1 ASB, propõe a disponibilidade de 8 horários por turno, onde deve ser planejada uma distribuição que contemple todos os grupos prioritários das Unidades inclusive um espaço para a demanda espontânea de grupos não prioritários:

Quadro 12: Exemplo de agenda

Quadro 12. Exemplo de agenda					
Horas	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7:00	~ 2 Urgências	~ 2 Urgências	Atividades de Campo: Classificação de Risco; ART; Escovação, Palestras, Flúor; Visitas, Reuniões.	~ 2 Urgências	~ 2 Urgências
8:00	Grupo Crianças/ Adolescentes	Classificação de Risco na UBS: Grupos Prioritários e Famílias de Alto Risco em SB		Grupo Criança/ Adolescente	Grupo Criança/ Adolescente
8:25	Grupo Crianças/ Adolescentes			Grupo Criança/ Adolescente	Grupo Criança/ Adolescente
8:50	Grupo Crianças/ Adolescentes			Grupo Criança/ Adolescente	Grupo Criança/ Adolescente
9:15	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Crianças/ Adolescentes		Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto
9:40	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto		Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto
10:05	Demanda Espontânea	Grupo Prioritário Adulto		Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto
12:00	~ 2 Urgências	~ 2 Urgências	~ 2 Urgências	~ 2 Urgências	Atividades de

13:00	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Criança/Adolescente	Campo: Classificação de Risco; ART; Escovação, Palestras, Flúor; Visitas, Reuniões.
13:25	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Criança/Adolescente	
13:50	Classificação de Risco na UBS: Grupos Prioritários e Famílias de Alto Risco em SB	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Crianças/Adolescentes	Grupo Prioritário Adulto	
14:15		Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto	
14:40	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Prioritário Adulto	
15:05	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Demanda Espontânea	Grupo Prioritário Adulto	Grupo Demanda Espontânea	2 urgências

4.3. PARÂMETROS DE ATENDIMENTO. Considerando-se que as agendas podem variar de acordo com as necessidades constatadas nas diferentes localidades, o **quadro 13** abaixo apresenta a quantificação do potencial de atendimentos segundo a agenda padrão acima.

Quadro 13: Parâmetros da Agenda

1 EB-SB	Reserva de Agendamento para Tratamento	Total de Atendimentos	Total Pacientes*
DIA	• 6 Crianças e Adolescentes • 6 Adultos de Grupos Prioritários • 1 Demanda Espontânea • 4 Urgências • 8 vagas Ações Promoção + Reuniões	12 Atendimentos + 4 Urgências	12 Pacientes + 4 Urgências
SEMANA	• 20 Crianças e Adolescentes • 20 Adultos de Grupos Prioritários • 3 Demandas Espontâneas • 18 Urgências • 19 vagas Ações Promoção + Reuniões	43 Atendimentos + 18 Urgências + 19 vagas de Ações de Promoção	43 Pacientes + 18 Urgências
MÊS	• 80 Crianças e Adolescentes • 80 Adultos de Grupos Prioritários • 12 Demandas Espontâneas • 72 Urgências • 76 vagas Ações Promoção + Reuniões	172 Atendimentos + 72 Urgências + 76 vagas de Ações de Promoção	86 Pacientes + 72 Urgências
ANO	• 880 Crianças e Adolescentes • 880 Adultos de Grupos Prioritários • 144 Demandas Espontâneas: Risco Individual • 792 Urgências • 836 Vagas Ações Promoção + Reuniões	1.904 Atendimentos + 792 Urgências + 836 vagas Ações de Promoção	Crianças e Adolescentes: 293 Adultos Prioritários: 176 Demandas Espontâneas: 36 Total=505 Pacientes + 792 Urgências

*Base de cálculo para agendamento:

Considera 220 dias de trabalho/ano; (11 meses); 1 Equipe de 40h com 1 dentista e 1 auxiliar; Retornos quinzenais; Consultas-retorno 3 retornos para crianças/Adolescentes e 5 retornos para adultos.

4.4 PARÂMETROS PRODUÇÃO

Dentro da perspectiva da agenda proposta, os horários reservados para ações de promoção e prevenção em saúde bucal, pressupõem organização dos grupos prioritários em espaços coletivos como salas de espera, escolas, associação de bairros etc. Nestes casos, recomenda-se a associação da Técnica de Restauração Atraumática – ART, como um importante artifício de controle da cárie dentária, uma vez que permite melhorar a abrangência e a resolutividade dos tratamentos dentários com maior número de atendimentos em menor tempo, menos sessões, menos sofrimento e menor custo. Além disso, as ações coletivas associadas à ART promovem o alívio da pressão da demanda sobre as unidades de saúde e permite a priorização dos casos que requerem tratamento em ambiente de consultório odontológico devidamente equipado.

Ainda para propulsionar o atendimento e a produção das ações de promoção e prevenção há de se considerar a possibilidade da inserção da Técnica de Saúde Bucal -TSB, e a instalação de mais um equipamento com financiamento diferenciado para a equipe.

Já para o tratamento em unidades de saúde permanece a recomendação de tratamento planejado por hemi-arco, no intuito de realizar o maior número de procedimentos por consulta/paciente com menos retornos. O quadro abaixo, de modo geral, traduz em procedimentos o potencial de produção para uma equipe de saúde bucal trabalhar com dignidade tanto em relação à carga de trabalho profissional, como da atenção ao paciente. Como pretende-se que os procedimentos de promoção preventivos/educativos sejam realizados nas ações coletivas, recomenda-se apenas 2 procedimentos curativos para cada paciente e que podem ser ponderados com a produção e o tempo destinados às urgências.

Resumindo-se, a capacidade instalada de uma equipe de saúde bucal dentro de consultório Odontológico, considerados como base de cálculo: 220 dias de trabalho/ano (11 meses); Equipe de 40h com 1 dentista e 1 auxiliar; Agendamentos de 25 minutos; Retornos quinzenais com 3 consultas-retorno para crianças/adolescentes e 5 consultas-retorno para adultos; 2 procedimentos individuais curativos por paciente agendado.

Para as Urgências, estima-se a realização de 01 procedimento individual curativo por paciente, podendo-se deduzir na produção dos pacientes agendados, de modo que a soma da produção de urgências mais a produção de pacientes agendados seja igual ao total da capacidade de produção de pacientes agendados. Em outras palavras, o profissional é o responsável por administrar a sua produção sendo recomendável observar os parâmetros, conforme abaixo:

Quadro 14. Parâmetros de Produção em Saúde Bucal / SESSP

Parâmetros para 1 CD + 1 ASB	Dia	Semana	Mês	Ano
Capacidade de Produção Instalada	24	88	352	3872
Capacidade de Atendimentos	12	43	172	1904
Capacidade de acesso (pacientes)	12	43	86	505
Capacidade de Atendimento/Produção nas Urgências	4	18	72	792

Base de cálculo: 220 dias de trabalho/ano (11 meses); Equipe de 40h com 1 dentista e 1 auxiliar; Retornos quinzenais com 3 consultas-retorno para escolares e 5 consultas-retorno para adultos; 2 procedimentos individuais curativos por paciente agendado.

No caso dos procedimentos realizados em campo, os parâmetros foram parametrizado às capacidades de atendimento individual em consultório (vide quadro 15) por não possuírem séries históricas comparáveis no Estado de SP. Neste caso é recomendável utilizar para as

ações de promoção e prevenção em campo o termo "Parametrizado(a)" pois serão considerados os mesmos parâmetros individuais e ambulatoriais, até que seja possível o reconhecimento de uma série histórica que represente a capacidade de produção nas ações coletivas em campo.

Quadro 15. Parâmetros para a produção das ações coletivas

Parâmetros para 1 CD + 1 ASB	Dia	Semana	Mês	Ano
Produção Coletiva Parametrizada à individual	32	38	152	1672
Atendimentos Coletivos Parametrizada à individual	16	19	76	836

Base de cálculo considera: 220 dias de trabalho/ano (11 meses); Equipe de 40h com 1 dentista e 1 auxiliar; Retornos quinzenais com 3 consultas-retorno para escolares e 5 consultas-retorno para adultos; 2 procedimentos individuais curativos por paciente agendado.

5. Considerações Finais:

Desde 2013, foram realizadas muitas apresentações com e para os coordenadores e profissionais de saúde bucal dos municípios do Estado de São Paulo, sobre as Diretrizes Estaduais, com a proposta de reorganização da atenção e utilização da Classificação de Risco em Saúde Bucal. Ao longo do tempo, foram incorporadas diversas relacionadas às práticas realizadas na Classificação de risco dos trabalhos realizados campo realizadas pelas equipes de saúde bucal na atenção primária. Os itens abaixo, correspondem a um conjunto de respostas das perguntas mais frequentes nestas apresentações :

5.1. A aplicação do método da Classificação de Risco Individual é indicada para a todos os grupos prioritários das UBS e, a Demanda Espontânea também será classificada junto aos grupos, porém o espaço para os mesmos é reduzido na agenda, o que torna a fila para acesso mais lenta . Trata-se do procedimento Ação Coletiva de Exame Clínico Odontológico com Finalidade Epidemiológica - código 01.01.02.004-0 do e-sus;

5.2. As ações de promoção e prevenção em saúde de "**educação em saúde/ orientação em grupo na Atenção Básica**", conforme tabela SUS, deverão ser realizadas em atividades coletivas, em grupos de no mínimo 10 participantes, com duração mínima de 30 minutos. Refere-se ao código 01.01.01.001-0 e pode ser realizado por CBO de profissionais de saúde em geral ;

5.3. Quando da classificação de risco, a conduta indicada refira-se apenas a ações de promoção e prevenção em saúde na atenção básica, indica-se registrar o código 03.01.01.015-3, de Primeira Consulta Odontológica Programática, para inserção em prontuário eletrônico (PEC e-sus) e após efetivação das condutas indicadas, informar todos os procedimentos realizados até o tratamento completado no e-sus;

5.4. Os encaminhamentos para ART, prioritariamente em sessão única, podem ser realizados em ambiente sem equipamentos odontológicos desde que respeitados os princípios de biossegurança e ergonomia; A realização do odontograma é recomendável para o monitoramento do tratamento curativo individual em campo e posterior informação no e-sus.

5.5. Considerando-se a baixa cobertura de Equipes de Saúde Bucal, orienta-se evitar o encaminhamento para consultórios odontológicos para realização das ações coletivas de prevenção e de ART; Assim, os casos encaminhados para as unidades corresponderão aos códigos "G"; "6 e 8"; "1 e 2" e "1 e 2" para Cárie; Perio; Câncer Bucal e Oclusopatias, respectivamente;

5.6. Procedimentos realizados em ambientes que não sejam consultórios odontológicos, como escolas, associações, etc, indica-se registrar a informação na planilha excel extraída do Sistema de Classificação de Risco em SB – SESSP.

5.7. Os municípios integrantes do Programa Sorria SP deverão incluir as Ações de Classificação de risco e condutas (vide quadros 06, 07, 08 e 09), programando as metas populacionais de acesso para os principais grupos de risco, no Plano Municipal de Saúde (PMS), nas Programações Anuais de Saúde (PAS), nos Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Anuais de Gestão. A partir do 9º mês, deverão ser entregues os relatórios quadrimestrais, e/ou o último relatório de gestão (do ano anterior);

5.8. O Sistema de Classificação de Risco em Saúde Bucal permite o cadastramento de apenas um usuário (Cirurgião dentista responsável) por unidade, portanto para acessar o sistema deverá ser fornecido o CNES da Unidade, a Senha e o Cartão Profissional do Usuário (Cirurgião dentista responsável). Os demais profissionais desta mesma unidade compõem a equipe de saúde bucal através do usuário representante e poderão acessar e informar o sistema normalmente.

5.9. Caso o usuário (Cirurgião dentista responsável) do Sistema de Classificação de Risco, seja remanejado para outra Unidade de Saúde (com outro CNES), deverá comunicar a área Técnica de Saúde Bucal através dos Articuladores de Saúde Bucal do Departamento Regional de Saúde –DRS, para as providências cabíveis.

5.10. Para os casos de pacientes edentados (que perderam todos os dentes), orienta-se realizar apenas a classificação de risco para lesões de boca referentes ao Risco de Câncer Bucal, cujas fichas são disponibilizadas no site da SES e/ou no Ambiente Virtual de Monitoramento do Câncer Bucal. A integração dos dois sistemas (Classificação de Risco e Ambiente de Monitoramento do Câncer Bucal) está prevista e será informada através de anexos conforme item 5.11.

5.11. Para melhor compreensão das ações, bem como viabilizar o monitoramento dos objetivos ora propostos, serão disponibilizados Instrutivos e /ou Notas técnicas no site da SES, em Áreas Técnicas, Saúde Bucal, pasta Diretrizes da Política Estadual para Atenção em Saúde Bucal/SESSP.

Bibliografia

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de saúde**. Brasília-DF/2019.
- BRASIL.. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de Fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 54p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o **Programa Saúde na Escola – PSE**, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2007 dez. 06; seção 1; p.2. 60
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**Diário Oficial da União**. 2017 set. 22. Seção 2, p. 68.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Cadernos da Atenção Básica – Saúde Bucal**; Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 17. 92 páginas.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica. Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos. 2009; 24. 93 páginas.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan Americana de Saúde. **Escolas promotoras de saúde - espaços e ambientes saudáveis nas escolas: experiências do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006. In Cadernos de Atenção Básica. 2009; 24: 10-11.
- BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1990 set. 20; Seção 1: 18055.
- BRASIL. Relatório final da 3.^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília. **Ministério da Saúde**; 2004, jul.
- Estado São Paulo. 2001. A organização das ações de saúde bucal Brasil, 2009. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**.
- VASCONCELOS, EM; FRATUCCI, VB. Práticas de saúde bucal. <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf>. Acesso em: 07 maio 2013.
- KOBAYASHI, HM; PEREIRA, AC; MENEGHIM, MC; FERREIRA, RI; AMBROSANO, GMB. **Acurácia e reprodutibilidade da classificação de risco de cárie dentária em São Paulo, Brasil**. Arq, odontol. 2012; 48(03): 125-33
- KOBAYASHI, HM. **Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar**. [Dissertação] . Piracicaba: Unicamp/FOP; 2012
- MONTEZUMA TRICOLI, MF; Pereira. AC; Queluz, DP. **Ações coletivas em saúde bucal: Estudo Longitudinal em Escolares de Cidade da Região Sudeste do Brasil**. [Dissertação] . Piracicaba: Unicamp/FOP; 2015.
- NICKEL DA, LIMA FG, SILVA BB. **Modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil**. Cad Saúde Pública. 2008; 24(2): 241-246.
- PEREIRA, AC; VIEIRA, V; FRIAS, AC. **SB SÃO PAULO: Pesquisa Estadual de Saúde Bucal [Relatório final]**. PPSUS, FAPESP, FOP UNICAMP. Piracicaba. 2015
- PEREIRA, AC. **Saúde Coletiva: Métodos Preventivos para doenças bucais**, 2013
- SÃO PAULO (CIDADE). **Diretrizes para a atenção em saúde bucal**. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. 2009: 89 páginas.
- SÃO PAULO. Resolução Secretaria de Estado da Saúde Nº 43 de 06 de julho de 2018. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa "Sorria São Paulo", para o exercício de 2018, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**. 2018 jul. Seção 1. 32.

- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Gabinete do Secretário. **Resolução SS nº 159, de 23 de maio de 2007.** Estabelece rotinas de monitoramento das Ações Coletivas e das Atividades Coletivas em Saúde Bucal nos serviços integrantes do SUS/SP. **Diário Oficial do Estado, São Paulo**, 24 mai 2007. Seção I, p. 24-25.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica:** uma proposta para o SUS-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2001. 39 páginas.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** 228 paginas.
- SESSP.CPS.SB – Secretaria de Estado da saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Parâmetros em Saúde Bucal** : Relatório Técnico. São Paulo ; 2015.
- BRASIL. **SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Acesso em: 10 set. 2019.

ANEXO C - Birigui, 2018. Lei Municipal, Nº 6.584, de 21 de junho de 2018



Prefeitura Municipal de Birigui

ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ 46 151 718/0001-80

LEI Nº 6.584, DE 21 DE JUNHO DE 2018

INSTITUI E INCLUI NAS ATIVIDADES DAS CRECHES, ESCOLAS MUNICIPAIS DE TEMPO INTEGRAL E NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BIRIGUI AÇÕES DE "FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA", DE CONSCIENTIZAÇÃO E PREVENÇÃO POR DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS DA BOCA.

Projeto de Lei nº 94/2018, de autoria do Prefeito Municipal.

Eu, **CRISTIANO SALMEIRÃO**, Prefeito Municipal de Birigui, do Estado de São Paulo, usando das atribuições que me são conferidas por Lei,

FAÇO SABER que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

ART. 1º. Ficam instituídas e incluídas nas atividades das creches, escolas municipais de tempo integral e ações rotineiras dos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família do Município de Birigui, ações de FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA, a serem desenvolvidas de forma contínua, anualmente, com o objetivo de promover através da conscientização e da prevenção por diagnóstico precoce o combate às doenças da boca.

ART. 2º. A participação no projeto por parte dos agentes comunitários de saúde, dar-se-á mediante a confecção, e distribuição nas casas, de material educativo e pela divulgação de informações de conscientização e prevenção.

ART. 3º. A participação das creches e escolas municipais de tempo integral dar-se-á pelo desenvolvimento de atividades contínuas dentro da grade curricular e pela implantação obrigatória da higiene bucal diária.

ART. 4º. Haverá uma avaliação simples, anual, quanto à presença e ausência de cárie nas crianças matriculadas nas creches e escolas de tempo integral, avaliação essa de entrega imediata aos gestores dos estabelecimentos de ensino, para a o estabelecimento de estratégias junto aos pais, de combate às doenças da boca.

ART. 5º. O Poder Executivo poderá firmar convênios ou parcerias com universidades, clubes de serviços, unidades médicas, organizações, associações e entidades afins, públicas ou particulares, para assegurar a execução das ações em tela.



Prefeitura Municipal de Birigui

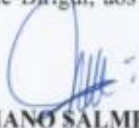
ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ 46 151 718/0001-80

ART. 6º. As despesas decorrentes da aplicação da presente Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.

ART. 7º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Birigui, aos vinte e um de junho de dois mil e dezoito.


CRISTIANO SALMEIRÃO
Prefeito Municipal


GILMAR TRECCO CAVACA
Secretário de Saúde


MEIRIANE APARECIDA BELTRAN
Secretária de Educação

Publicada na Secretaria de Expediente e Comunicações Administrativas da Prefeitura Municipal de Birigui, na data supra, por afixação no local de costume.


ELISABETE GRASSI CRUZ
Secretária de Expediente e Comunicações Administrativas

ANEXO D - Folhetos editados com apoio da ONU

Folhetos em Espanhol

Traduzidos para o Espanhol com o apoio da ONU para uso pelas crianças refugiadas na fronteira Brasil – Venezuela, Roraima-RR.



Sonrisa Feliz
Primera Infancia

SALUD EN LA BOCA EN LA PRIMER INFANCIA

10 mandamientos para los padres

- 01 Traerás a tu hijo/a con la boca limpia para la guardería. Motivarás a tu hijo/a para que se acostumbre a limpiar la boca.
- 02 Cuidarás de los dientes de leche de tu hijo/a: son importantes para la masticación, para la sonrisa y para los dientes permanentes. Las caries pueden provocar problemas en el corazón.
- 03 Mantendrás los cepillos de dientes en un lugar limpio, individual y aireado.
- 04 Aprenderás cómo cepillar correctamente. El cepillo ideal debe tener cabeza pequeña, cerdas blandas y mango recto.
- 05 Pondrás en el cepillo una cantidad mínima de pasta de dientes del tamaño de una "arveja".
- 06 Observarás a tu hijo/a para que escupa la pasta de dientes.
- 07 Cepillarás los dientes después de cada comida y antes de dormir. El niño/a debe dormir con la boca limpia.
- 08 Cuando vean que el niño/a tiene manchas blancas u oscuras, busque ayuda inmediatamente.
- 09 Usarás hilo dental en cuanto aparezcan los primeros dientes. Es tan importante como cepillar los dientes.
- 10 Cambiar el cepillo cada 3 meses.

Otros consejos para los padres



Cómo cepillar:



Bolita



Trencito



Cepillito



Cepillito



Cepillito



Cepillito

Además de la higiene bucal, existen otras maneras de prevenir las caries en los niños/as. Por eso, mamá, está atenta a los consejos y practique en su casa.

- ✿ No compartir cubiertos, jarros y vasos. ✿
- ✿ No comer del mismo sándwich. ✿
- ✿ No compartir el cepillo de dientes. ✿
- ✿ Reducir el consumo de dulces, azúcares y gaseosas entre las comidas. ✿
- ✿ Mantener una alimentación saludable. ✿
- ✿ Evitar el beso en la boca. ✿
- ✿ No soplar los alimentos. ✿

Saúde da boca na primeira infância - FOA-UNESP / Projetos Especiais





Salud en la Boca En la Primerísima infancia

✿ ¿Cómo y cuándo debo hacer la higienización?

Se puede hacer desde el primer día del bebé, después de todas las comidas y a la noche antes de dormir (después de la última mamada).

✿ ¿Qué voy a necesitar?

Gaza o pañal de tela limpia y agua filtrada.



✿ ¿Cómo hacer?

Pase la gaza o pañal por toda la boca del niño/a, limpiando la encía, paredes laterales, paladar y lengua.






Sonrisa Feliz
Primera Infancia

Además de la higiene bucal, existen otras maneras de prevenir las caries en los niños/as. Por eso, mamá, esté atenta a los consejos y practique en su casa.

- ✿ Evitar besos en la boca.✿
- ✿ No compartir cubiertos, jarros y vasos.✿
- ✿ No soplar los alimentos.✿
- ✿ No comer del mismo sándwich.✿
- ✿ No compartir el cepillo de dientes.✿
- ✿ Reducir las mamaderas durante el período de sueño nocturno.✿
- ✿ Reducir el consumo de dulces, azúcares y gaseosas entre las comidas.✿
- ✿ Mantener una alimentación saludable.✿
- ✿ Consultar regularmente al dentista.✿
- ✿ A la hora de dar la mamadera no probarla en la boca, use el dorso de la mano para eso. ✿
- ✿ Cuando nazcan los primeros dientes ¡cepíllelos! ✿

Saúde da boca na primeira infância - FOA-UNESP / Projetos Especiais

unesp 

 **UNHCR**
ACNUR
La Agencia de la ONU para los Refugiados



 **FRATERNIDADE**
FEDERAÇÃO HUMANITÁRIA INTERNACIONAL

ANEXO E - Memória do Projeto

Wilson Galhego Garcia DCB/FOA/UNESP 2018 Projetos Especiais

Saúde da boca na primeiríssima infância: memória do projeto

O projeto Saúde da boca na primeiríssima infância é um fenômeno histórico iniciado em agosto de 2012 e que está se espalhando graças, em parte, à capilaridade da UNESP. Em reuniões com participantes, notadamente alunos, percebemos que muitos dados começam a perder-se. Para minimizar futuras reinvenções da roda e que a história se repita desnecessariamente, estamos iniciando o resgate dos dados de implantação do projeto nas creches dos municípios (até agora mais de 20 municípios e mais de 50 creches para preservar sua memória e criar mecanismos para partilhar este saber acumulado com todos os participantes, sejam municípios ou atores individuais). Mesmo sendo recente a implantação do projeto, já há dificuldades na obtenção e organização do acervo, pois essa não era uma preocupação inicial. Este, portanto, é um texto inicial, com a documentação que estava esparsa e que conseguimos amearhar. Com a continuação da pesquisa, acréscimos e novos aportes deverão surgir.

Vamos ao início, pelo menos do que me lembro. Acompanhei os atendimentos odontológicos aos sábados, durante muitos anos no Lar José Maria Lisboa, de Birigui, onde eram atendidas cerca de 200 crianças. O atendimento era feito a partir de 1971 pelo cirurgião dentista Pedro Bernabé, que acabou tornando-se prefeito de Birigui (2013-2016). Quando o mesmo se afastou para fazer a pós-graduação na USP, em 1975, os professores Roberto Holland e Carlos Holland cobriram a ausência dele. Continuaram os trabalhos voluntários até o encerramento das atividades do Lar. À época, uma das observações do Prof. Roberto Holland era a de que estavam apenas enxugando gelo. Mais tarde, uma das consequências dessas ideias do Holland foi o desenvolvimento de um projeto de pulpotomia¹ (Giansante Jr. 1988) para tornar acessível ao maior número possível de pessoas o tratamento endodôntico, mas sempre pensando em termos de cuidar do agravo em termos de indivíduos e não da saúde de populações.

¹ GIANSANTE JÚNIOR, S. **Avaliação da técnica da pulpotomia nos serviços odontológicos dos municípios da região administrativa da DIR-VI (SUS) de Araçatuba e projeto de capacitação dos profissionais envolvidos nesse serviço.** 1988. 660 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 1988.

FIGURA 20 – Docentes da Unesp em trabalho realizado no Lar José Maria Lisboa



Lar José Maria Lisboa, Birigui. Agosto de 1990.

Na foto: Linda Dias de Almeida (Dona Linda), sentada na cadeira; Pedro Felício Estrada Bernabé, a esquerda, (Endodontia); Carlos Holland Junior, no centro, (Dentística), Roberto Holland, a direita, (Endodontia).

Em 1985 iniciei minhas atividades oficiais na FOA-UNESP como professor da então, disciplina Ciências Sociais Aplicadas à Odontologia. Após a perplexidade inicial da inserção da disciplina na área básica, no Departamento de Ciências Fisiológicas, implantei como linha de pesquisa A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM ODONTOLOGIA, que teve apoio irrestrito e contribuições importantes dos professores Almir Lima de Castro, João César e Tereza Barbiere Bedran de Castro, Luiz Geraldo Nogueira Fonseca e Acyr Lima de Castro e Eder Ricardo Biazole, da Estomatologia. Nesse sentido, organizei em 1988 o workshop “Saúde em Casa com

ênfase em Projetos de Saúde Bucal”², ministrado pelo Dr. Fábio Aluri Jacob Sabino. Nessa primeira fase tive a inestimável ajuda da aluna Juliana Grossi (Turma 1996-1999), que fez os arranjos em Brasília possibilitando a vinda do Dr. Fábio. Em 1995 iniciei a orientação da Profa. Luiza Nakama³, no Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Odontologia Preventiva e Social, que resultou em 1999 na tese de doutoramento, “Odontologia e Aleitamento Materno: Atuação Interdisciplinar e Multidisciplinar na Construção da Saúde Bucal como Direito de Cidadania”.

“Este trabalho permitiu-me um contato mais próximo com a Bebê Clínica da UEL, que resultou no apoio dela e do Prof. Luís Walter para a elaboração de um projeto semelhante para Birigui, parcialmente concretizado no ano passado, a duras penas”. Da orientação da Luiza para o contato com a D. Zilda Arns e a metodologia da Pastoral da Criança, notadamente na parte odontológica voltada a população, foram um passo. Fisicamente foi um grande desafio, pois como não havia transporte direto, eu e a coordenadora Célia Moimás, da Pastoral da Criança de Birigui, em 1999, viajamos para Foz do Iguaçu em um ônibus de sacoleiros, que era a única opção⁴. Lá, estava uma equipe da Bebê Clínica de Londrina juntamente com a Professora Luiza Nakama. E a própria Dona Zilda Arns em um grande barracão fez a demonstração em uma criança e nós fizemos o procedimento nas outras crianças assistidas pela Pastoral da Criança.

Vimos que era um procedimento extremamente simples, facilmente replicável e já aplicado rotineiramente pela Pastoral em algumas regiões do Paraná. De volta, montamos, em parceria, o projeto de uma Bebê Clínica para Birigui⁵, nos moldes de Londrina, uma vez que os profissionais de lá nos deram total apoio e nos ajudaram com todo o material teórico disponível. Um fato marcante foi a capacitação do quarto

² SABINO, A. J. **Workshop “Saúde em Casa com Ênfase em Projetos de Saúde Bucal”**. Departamento de Ciências Básicas, da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, UNESP, no dia 19 de junho de 1998.

³ NAKAMA, L. **Aleitamento materno e odontologia: atuação interdisciplinar e multiprofissional na construção da saúde bucal como direito de cidadania**. 1999. 321 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 1999.

⁴ II Encontro Nacional de Odontologia da Pastoral da Criança, realizado em Foz do Iguaçu – P.R., nos dias 18 a 21 de abril de 1999, com duração de 36 horas, promovido pela Coordenação Nacional da Pastoral da Criança.

⁵ WALTER, L. R. F.; NAKAMA, L.; GALHEGO GARCIA, W. Projeto de implantação de Bebê Clínica em Birigui. 1998, UNESP/FOA/Departamento de Ciências Básicas – Araçatuba. (ms).

ano de 1999, no porão da Matriz Imaculada Conceição de Birigui. Cerca de 10 dentistas da Pastoral, a maior parte dos quadros da Bebê Clínica da UEL, que estavam no Congresso em Araçatuba prontificaram-se a capacitar os alunos⁶.

A Pastoral de Birigui, na figura da sua coordenadora Célia Moimás de Brito, fez os arranjos com o padre, conseguindo o porão da Matriz. Cerca de 40 mães levaram os seus bebês. Ministrei a aula teórica e em seguida o pessoal da UEL fez o procedimento em uma ou duas crianças e os nossos alunos o fizeram nas demais crianças. Mas os resultados práticos foram nulos. Não conseguimos implantar a Bebê Clínica em Birigui dada a feroz e irracional oposição da secretária de turno, apesar da aprovação unânime dos demais membros do Conselho de Saúde e não iniciamos os trabalhos nas creches. Apenas houve um reforço na Pastoral em Birigui. Mais adiante, como pró-reitor de graduação da UNESP (2001-2004) implantei uma unidade programática voltada à saúde da boca na primeira infância nos cursos de pedagogia do PEC e no curso Pedagogia Cidadã.

Em 2006 auxiliei em Istambul na organização com uma equipe canadense chefiada pela Dra. Barbara Starfield, papisa da Atenção Primária à Saúde, da John Hopkins University, o Capítulo dos Balcãs em saúde da família. Os países balcânicos, a maior parte recém-saídos da órbita soviética, Kosovo, Bósnia, Croácia, Herzegovina, Montenegro, Servia, Albânia, Romênia, Bulgária, Grécia e a própria Turquia tinham um modelo de saúde exclusivamente hospitalocêntrico. Nossa tarefa foi mostrar aos ministros de saúde dos diversos países que um novo modo de trabalhar, em tudo semelhante à nossa Estratégia Saúde da Família e ao modelo canadense e cubano atenderia melhor às populações, do que o falido modelo hospitalocêntrico.

Apresentei dois vídeos sobre nossos trabalhos na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, dentro da Estratégia Saúde da Família. O que me impactou foi a observação da Profa. Bárbara de que a nossa faculdade, sem dúvida, estava entre as melhores do mundo quando trabalhava com indivíduos isoladamente, mas que eu pensasse no trabalho com populações. A questão proposta foi: qual a relevância da FOA no trabalho com populações? E com a equidade em saúde? Em 2012, um salto na história. A Célia Moimás, coordenadora da Pastoral da Criança, torna-se diretora

⁶ Galhego-Garcia-Mini-curso “Bebê Clínica: projeto executivo e inserção social”, no Departamento de Ciências Fisiológicas da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, UNESP, com duração de 4 horas, no dia 15 de outubro de 1999.

da Creche da APAC - Associação de Proteção e Assistência Carcerária, em uma região de altíssima vulnerabilidade social, no João Crevelaro, em Birigui.

Decidimos implantar lá o projeto, mas voltado unicamente ao berçário. Quando terminamos o berçário, com os alunos de odontologia, pioneiros, Amanda da Silva Santos, Ana Carolina Morente, Andréa Mayumi Takasu, Eliana Aparecida Caliente, Everton Luiz Pizzo, Fabia Regina de Moraes Docusse, Igor Youssef Sabbagh Guimarães, Jéssica Paula Ramos e Juliani Boque Mendonça, ela nos perguntou: e as demais crianças? Isto abriu-nos os olhos. Examinamos as demais crianças, explicando para as educadoras a higiene com gaze e a escovação (primeiro com os macro modelos e depois acompanhando a escovação). Quando terminamos, ao entregarmos a lista das crianças com cárie/sem cárie, outra pergunta: vocês não vão escrever nada? Em outras palavras: qual o sentido disso tudo sem uma avaliação que sirva para melhorar o trabalho e que possa chegar até às educadoras e aos pais? A mensagem recebida é a de que é preciso dar um sentido pedagógico à avaliação, para melhorar o sistema, os processos de prevenção em saúde bucal.

Os números precisam fazer sentido na prática diária e para isso os gestores, educadores e pais precisam ter acesso direto a eles para entenderem o que está acontecendo com a saúde da boca das crianças. Com os dados, apresentados de forma simples e compreensível para o usuário, a escola pode enxergar melhor seus problemas e escolher um caminho para resolvê-los. Assim, escrevemos uma ata no livro de visitas. Ao terminarmos, ela nos disse: “Pela primeira vez na vida tenho um documento com o qual posso reclamar na secretaria de educação sobre escovas, pastas, melhoria das pias dos banheiros (eram altas demais e as crianças menores não conseguiam acesso à torneira), a colocação de um espelho para que as crianças possam se ver escovando os dentes, etc.”

Combinamos que dali para frente faríamos uma ata para ser deixada em cada creche junto com uma cópia da lista de avaliação das cáries clinicamente óbvias, para que as educadoras e a direção pudessem conversar com os pais. Lá voltamos em 8 e 9 de agosto de 2013 com os alunos Andréa Mayumi Takasu, Barbara Flumian, Cristiano Sasake Ide, Juliana Sayuri Kawano, Juliana Ferreira Fogaça, Emilie Vicentin da Silva, Melyna Marques de Almeida, Otavio Marino dos Santos Neto, Rogéria Aparecida Agos Felipe, Júlio Martinez Alves Oliveira e Rafael Zieglitz Santos. Posteriormente, a Emilie Vicentin da Silva preparou uma aula básica, que modificada, utilizamos até hoje no projeto.

O Otávio Marino dos Santos Neto também deu sua contribuição montando outra aula, que mesclada à da Emilie tem sido extremamente valiosa. A partir de sua experiência afirmou “Como sempre digo: cada cidade, cada creche, é uma experiência diferente”. Em Buritama não foi diferente, pois conseguimos atingir mães, educadoras e cuidadoras. Ficou claro, que a criança quando fica no colo da cuidadora para realizar o procedimento tem uma resistência bem menor, do que quando em outros métodos. Por isso, ao atuarmos no berçário, o ideal seria que as crianças já conhecidas pelas cuidadoras como as que menos choram, fossem as primeiras a se fazer o procedimento. Seguindo essas três etapas:

1ª etapa: aluno faz o procedimento matriciando a educadora/cuidadora

2ª etapa: educadora faz o procedimento sendo supervisionada pelo aluno.

3ª etapa: outra educadora faz o procedimento sendo supervisionada pela educadora já matriciada (26/10/2013)”. O João Paulo do Vale elaborou um logotipo bem pertinente que utilizamos até o ano passado, quando desapareceu o painel em Dourados, na Missão Univida. Por sua vez, a Melyna Marques Almeida, de forma semelhante ao Otávio, ensinou-nos a fazer a higiene da boca no berçário sem provocar uma tragédia lacrimosa, isto quando trabalhamos em Coroados. Ainda não tínhamos pensado em um folheto explicativo e nem em uma aula resumo, tanto para os alunos voluntários como para os pais (o primeiro folheto foi desenvolvido graças ao interesse da vice-prefeita de Pereira Barreto, Marialba Cordeiro: ocupava um papel A4 e só depois de uma análise acurada a Agência DLS fez a versão atual, desdobrada em Primeiríssima e Primeira Infância, com o patrocínio do SINBI-Birigui/Samir Nakad e Instituto Pró-Criança/Valdir Mestriner-KLIN).

Na próxima creche a ser visitada, a diretora foi muito recomendada pela secretaria de educação. A Professora Ana Maria Pires Soubhia, então diretora e entusiasta do projeto, enviou um ofício (modelo) ao prefeito de Birigui com cópia para a secretaria. Quando chegamos à creche com o ônibus da FOA (havia combustível naquele tempo) e a prefeitura enviou também um carro de apoio, a diretora lacrou a creche. Achavam que era uma inspeção não programada, ou algo parecido. Gastamos quase uma hora para explicarmos às ressabiadas educadoras e funcionárias o nosso objetivo. Na verdade, o ofício e os telefonemas perderam-se nos caminhos burocráticos. Lição que incorporamos: os alunos com o Rafael Zieglitz à frente foram claros: daqui para a frente só iremos para as creches depois da visita prévia do professor ou de um membro do grupo.

Em seguida, percebemos outro problema: quando os alunos entravam na sala, as educadoras ou saíam para um descanso ou diziam, continuando a escrever na lousa: “Não demorem, pois preciso tocar o projeto político-pedagógico”. Para combater ou mitigar essa alienação decidimos que antes de visitar a creche ou escola era necessária uma reunião com as educadoras, na qual se explicava o projeto. Uma nova lógica foi instalada: precisamos trabalhar com as educadoras, com as mães e não para elas. Estabelece-se uma relação de parceria e não uma subordinação do tipo patrão-empregado. Na reunião, que acontecia durante o HTPC, elas ficavam perplexas com as relações doenças da boca e doenças cardíacas, endometriose, reumatismo e cerebrais. Agora, elas acompanham os alunos durante as atividades e conversam com os pais, geralmente quando eles buscam à tarde seus filhos, reforçando a orientação na reunião dos pais.

Está em curso um desdobramento atual, que tem sido a busca de mães voluntárias para acompanharem seus filhos na creche, durante a higiene da boca no berçário ou da escovação. Essas voluntárias explicam às mães os procedimentos na reunião de pais: fazem-nos inicialmente nos próprios filhos e em seguida cada mãe no seu filho. E não pararam as contribuições dos alunos. O mesmo Otávio Marino, na maior creche da região, com 580 crianças observou que “Durante a nossa visita a CEI Dionísia Miragaia Carmine, pôde notar como é difícil se trabalhar com um número muito grande de crianças. Cada núcleo da creche se assemelhava com uma das outras creches que visitamos. A creche tem tanto uma boa infraestrutura física, bem como um número de pessoal grande. A impressão que mais me chamou a atenção, foi a creche possuir consultório odontológico com recursos de longe necessários a assistência de saúde bucal das crianças.

Nos berçários da creche, faz-se necessário a higienização oral com gaze, sendo que conforme a idade da criança avance seria interessante a implementação das escovas. Nosso trabalho visou orientar as educadoras e cuidadoras a fazer essa higiene, sendo que muitas se mostraram interessadas e observaram e ajudaram no procedimento.

Durante as atividades de supervisionamento de escovação, percebi que nem todos os núcleos têm porta escova adequados, sendo que dessa forma é importante padronizar um porta-escovas para todos os núcleos, lembrando sempre da desinfecção semanal na solução adequada. É importante criar esquemas de escovação mesmo em dias de falta de funcionário. O serviço odontológico da creche

mostrou falhas no que diz respeito a diagnóstico e prevenção de cárie, sendo que a maioria das crianças só vão ser atendidas pelo serviço em casos de dor.

Muitas crianças têm lesões ou padrões altamente cariogênicos, inclusive é alarmante o número de crianças com sulco pigmentado e com placa em região cervical, oclusal e interdental. Atitudes de prevenção, como o uso de flúor bem como a implementação da aplicação de selantes de acordo com a possibilidade/necessidade do uso do mesmo, diminuiriam bastante o desenvolvimento de cárie” (agosto de 2013).

O andamento do projeto, com suas dificuldades e sucessos, tornou inescapável a elaboração de um quadro de referência, para localizarmos os pontos fortes e fracos e um marco lógico (como método para planejar e gerenciar mudanças no projeto) que nos permitisse entender onde queríamos chegar e como avaliar cada fase. Sem esses guias (o quadro de referência e o marco lógico) seria navegar no escuro, sem entender as relações universidade-diretrizes curriculares de odonto/enfermagem/pedagogia-escola-sociedade envolvente e mídias.

Uma das reflexões é a de que um dos objetivos do projeto “Saúde da boca na primeira infância” é o de aguçar o pensamento crítico reforçando a responsabilidade social dos alunos, dentro de um quadro democrático expresso pelo trabalho das educadoras das creches e dos agentes comunitários de saúde que trabalham na Estratégia Saúde da Família, através de um mergulho na realidade que os envolve e que eles frequentemente desconhecem.

Trata-se de uma estratégia que contempla as novas Diretrizes Curriculares para a graduação em Odontologia, preparando os alunos para desempenharem os seus papéis de cirurgiões-dentistas e de cidadãos. Isto significa uma alteração no modo pelo qual o curso relaciona-se com a comunidade, possibilitando melhor adequação dos seus programas e capacitando-a para melhorar os seus níveis de saúde. A melhoria do ensino de graduação passa pelo desenvolvimento sustentado de uma parceria comunidade-universidade, que possibilitará aos alunos não só o entendimento do trabalho com populações, como também melhorarem a parte clínica do curso.

Essas atividades de natureza experimental relacionam-se diretamente com as necessidades humanas e da comunidade, envolvem reflexão crítica, que permite aos alunos fazerem conexões entre seus sistemas de valores e os da comunidade, permitindo aos alunos aprofundarem-se nos fatores que afetam a saúde e que

afligem a população. Nesta perspectiva, o projeto incorporou então a elaboração do quadro explicativo de referência que está sendo colocado em teste à medida que o projeto acontece e o desenvolvimento de habilidades e competências fora da sala de aula, no contato direto com a realidade das creches, identificando talentos, habilidades e competências individuais, procurando expandir o projeto de forma autônoma, transparente e com custos baixíssimos.

Assim, duas atividades recorrentes foram às comparações informais entre os participantes do que acontecia na realidade do campo de trabalho (on ground) com o Quadro de Referência e com o Marco Lógico do Projeto, referenciais teóricos que embasaram as atividades de campo, tais como o desenvolvimento incipiente do voluntariado por parte das mães e vizinhos do quarteirão; inclusão de fábricas na doação de material, escovas e folhetos e a participação dos agentes comunitários de saúde.

As avaliações iniciais, embora simples, de cáries clinicamente óbvias, mostraram que duas questões ou hipóteses básicas emergem quando vemos o estado da saúde da boca das crianças matriculadas nas creches de Birigui: 1 – teria falhado a odontologia na tarefa de mantermos essas crianças razoavelmente livres de cáries e com uma saúde bucal equilibrada? Se houve falhas, por quê? 2 – Teria a odontologia condições de cumprir tal objetivo? Poderia ela, corrigir situações críticas, assumindo o protagonismo que lhe cabe propondo medidas adequadas a nossa época, focando o trabalho em populações e não em indivíduos isoladamente?

E quanto à avaliação, objetivo não é culpar, punir, mas mudar a cultura. A solução passa pelo cumprimento, por parte das educadoras, das atribuições relativas à saúde da boca, que faz parte da estrutura curricular dos cursos de pedagogia, na área de Ciências da Saúde. O fortalecimento das regras de governança em boas práticas de saúde é fundamental. Colocar dinheiro em cura, cuidados paliativos na boca e programas em saúde da boca é o mesmo que enxugar gelo se não há mudança de cultura. É atribuição da educadora ensinar a criança e motivar a mãe já no berçário. Por outro lado, geralmente 50% das crianças na faixa 0-3 anos está fora das creches, daí a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que chegam a todas as casas.

O mesmo vale para as maternidades: a enfermeira quando ensina a mãe a dar banho na criança, deve ensiná-la também a fazer a higiene da boca, entregando-lhe material instrucional. Ainda quanto à avaliação, uma anedota é exemplar: durante

uma aula para crianças no fundamental, na década de 60, o professor explicava que em “São Paulo, para cada três habitantes havia quatro ratos”. Uma pequena aluna, surpresa, perguntou: “Já que contaram, por que não aproveitaram e mataram?” A maioria dos projetos são conta-ratos e não mata-ratos. A cárie não atinge todas as classes sociais com a mesma intensidade. As classes de menor renda possuem claramente mais cáries e devem ser estimuladas a cuidarem melhor da saúde da sua boca.

Precisamos esclarecer melhor os fundamentos da prevenção. Para sermos bem compreendidos desde o início do berçário até chegarmos aos pais. É preciso dar um choque de informação. Temos muita responsabilidade. Há muita dificuldade de comunicação, mas como comunicar adequadamente algo que tem um conteúdo técnico simples, mas muito importante e com uma resistência muito grande hoje por parte dos diversos atores, a saber, secretários de saúde e educação, educadores, mães e pais. As crianças são as menos resistentes. Precisamos ter em mente que o excesso de regras e informações acaba por inviabilizar o sistema de prevenção.

É preciso explicar muito bem as consequências da falta de cuidado com a saúde da boca. Neste caso, a prevenção é muito importante. Quem não cuida da saúde da boca tem mais chances de ficar doente aumentando os seus problemas financeiros e de qualidade de vida. Mas como comunicar isso adequadamente? Livretos, cartilhas, guias, campanhas, parcerias com instituições de ensino e programas no rádio são importantes para esclarecer os fundamentos da prevenção e para melhorarmos a percepção do usuário, desde a escovação, passando pela adequada armazenagem das escovas e pela busca por profissionais, quando necessário.

É preciso buscar alternativas para ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal e reduzir os custos. Estamos conscientes da dificuldade de promover hábitos saudáveis nas camadas mais populares e um dos objetivos do projeto será a elaboração de uma campanha publicitária de grande alcance, que possa gerar benefícios concretos para a população. As peças de comunicação levarão informação acessível para mães, pais, professores e responsáveis. O conteúdo deverá enfatizar a importância da prática de higienização oral para a saúde da criança. O formato da campanha terá como objetivo sensibilizar e engajar a população.

“Prevenir é uma cultura e aprende-se a prevenir, prevenindo!”

Porém não é fácil sair de uma prática tradicional essencialmente curativa, tecnicista e sofisticada, na qual temos uma excelente performance, voltada a uma clientela selecionada para um trabalho com populações.

A experiência direta com as educadoras no dia a dia das creches e com os pais durante as reuniões mensais indica que uma das causas que impedem a erradicação da carie é a atitude e a consciência social sobre a cárie. A pobreza é o principal fator que expõe as crianças à doença bucal, mas é impossível resolver o problema só com de políticas de mitigação da pobreza. A percepção dos educadores, pais e gestores é a crença fortemente enraizada de que se a carie não afeta o comparecimento às aulas e não causa maiores problemas de saúde, portanto não há qualquer problema em deixá-las com cárie.

Essa percepção cultural embute a errônea ideia de que os dentes de leite vão cair mesmo, então é esperar por uma nova dentição sadia. Isto revela a complexidade do significado social da carie na primeiríssima infância nos grupos de baixa renda. É claro que é uma tarefa formidável mudar esta atitude social através da educação, seja nas creches, seja através do trabalho direto junto às famílias pelos agentes comunitários de saúde. Em Birigui há 4.800 crianças nas creches e outras 2.000 esperando uma vaga, que dificilmente virá. Para essas, só o trabalho dos agentes comunitários de saúde ou da Pastoral da Criança, que encampou o projeto.

Assim, torna-se necessário uma diretriz clara em relação à cárie, bem como manter um alto nível de mobilização da sociedade como uma ferramenta para promover a mudança em uma cultura de descaso culturalmente enraizada. Assim, um grande obstáculo que impede a erradicação deste problema social é a falta de integração entre as políticas e programas de educação, saúde e assistência social. As intervenções precisam ser culturalmente adequadas, senão o trabalho é perdido. Essas intervenções também precisam ser continuamente avaliadas, para correção das estratégias e suas adequações à Agenda 2030 da ONU. De qualquer modo, dada a monumental escala do problema, é preciso envolver múltiplos atores da saúde, educação e planejamento urbano, para o financiamento de políticas públicas voltadas às populações. Para mitigar este aspecto, estamos desenvolvendo projeto conjunto Brasil-Canadá.

O projeto em tela trabalhou em conjunto nossos alunos com os dentistas do projeto Cuide Bem do Seu Sorriso, desenvolvido há longa data pela Prefeitura de Birigui, pois são complementares e não competem entre si. As Secretarias de Educação e

de Saúde entendem este projeto como de fortalecimento das ações rotineiramente realizadas e que não substitui ou anula os projetos já existentes nas creches.

Em 26 de abril, os trabalhos estavam programados na creche Ana Souto (130 crianças). Foi um marco histórico. Devido à chuva e a uma prova de Radiologia, só apareceu um aluno, o Renan Akira Fujihara e duas agentes comunitárias de saúde, capacitadas em 2015 no projeto Colgate, da UBS Costa Rica. Deram conta do recado sem problemas e as agentes comunitárias ainda ajudaram a dar merenda para as crianças. Já havia trabalhado com um aluno só, sem a presença de agentes comunitários de saúde, como foi o caso do aluno Cassio Beija Flor Figueiredo e da Marina Tolomei Cury.

No dia 27 de abril de 2017 foi a vez de Buritama, onde já havíamos realizado um piloto em 2013. Na creche Pró-Infância Rubens Antônio, de Buritama, para professores, monitores e agentes comunitários de saúde, fiz a apresentação do projeto BURITAMA: Saúde da Boca na Primeiríssima Infância” com a meta de ter até 2020, apenas 10% de crianças com cáries, entre 0 e 3 anos. Participaram do evento o Diretor Municipal de Saúde, Edilson Carlos de Paiva, o Coordenador da Saúde Bucal, José Carlos de Oliveira Villanova Vidal, a cirurgiã dentista Solange Maria Pereira, a Diretora de Educação, Idoreti de Deus e a oficial administrativa, Ludmila Frazatti Gambera Falleiros. O Villanova e sua mulher foram alunos do Luís Walter e da Luiza Nakama tendo contato com o trabalho da Bebê Clínica da UEL- Universidade Estadual de Londrina. Foi emocionante o encontro de alunos dos professores que incentivaram o projeto já no seu início.

A crise que atinge o país chegou rapidamente até à Prefeitura e à Universidade e tivemos um corte brutal nos transportes. Até onde foi possível, pagamos do próprio bolso ou dividindo as despesas com os participantes.

Embora nesta etapa de extensão, recém-finalizada, não caibam grandes voos teóricos, sua divulgação pela TV Globo, SBT, Ciência Sem Fronteiras e pela imprensa chamaram a atenção de uma pesquisadora canadense, com a qual esperamos desenvolver outra vertente do projeto, desta vez voltada à pesquisa. (Anexo). Do trabalho poderá surgir uma proposta de reformas, envolvendo a universidade e o município, que afetarão positivamente a saúde da boca das próximas gerações.

Todas as evidências apontam que a saúde dos adultos é fruto do ambiente favorável ou desfavorável no qual a criança vive nos seus primeiros três anos. Os primeiros

anos são decisivos para a ocorrência de doenças cardiovasculares na idade adulta, além de outras doenças crônicas, o que torna necessário desviar-se do foco exclusivo na genética, nas dietas e no estilo de vida dos adultos. Há uma forte associação entre a saúde da criança e a longevidade e o que aconteceu com ela nos primeiros anos de vida. O caminho para a mudança não é apenas prover as mães de informações. Elas precisam identificar as barreiras que enfrentam e serem empoderadas para criarem seus próprios caminhos.

Para reduzir os índices inaceitáveis de caries, as mães precisam ser encorajadas pelas educadoras das creches ou pelos agentes comunitários de saúde (há milhares de crianças que não conseguem matrículas nas creches) a formularem estratégias simples e que funcionem em suas famílias, tais como as propostas pelo projeto Fortalecimento. A mãe empoderada facilmente espalhará a mensagem para outras, tornando-se uma rotina a limpeza da boca nesta fase tão crítica para a criança. Em suma, através de encontros nas UBSs e nas creches elas serão encorajadas a identificarem os problemas e barreiras e a gerarem soluções práticas para modificarem ou criarem hábitos saudáveis de saúde bucal. Com isso elas estarão no comando de suas vidas e poderão fazer as melhores escolhas.

FIGURA 21 - Projeto em Birigui ensina estudantes de odontologia sobre cuidados com dentes em crianças, 2018



Na foto: A reportagem exibida no dia 12 de junho de 2018 pela TV Globo, através de sua filiada, TV Tem, mostra o dia a dia da creche e as educadoras ensinam como fazer a limpeza da boca das

crianças do berçário. O idealizador do projeto, Wilson Galhego Garcia, é o convidado principal e fala sobre o projeto, suas ações e objetivos⁷.

Projeto de saúde bucal em Birigui será apresentado ao governo do Canadá

Projeto "Sorriso feliz" cuida da saúde da boca desde o início da infância.

O projeto “Sorriso feliz – saúde da boca na primeiríssima e primeira infância”, desenvolvido na rede municipal de ensino de Birigui desde 2012, é foco de um estudo financiado pela Mitacs Globalink, uma fundação de incentivo à pesquisa científica do Canadá. O objetivo é apresentar a iniciativa – que é uma inovação tanto no Brasil quanto no país da América do Norte – para o governo canadense e que ela sirva de inspiração para a promoção de saúde básica naquele país.

A pesquisa é da estudante Annita Velasque Moreira, 31 anos, que está no último ano do curso de enfermagem da Ryerson University, de Toronto, e tem a orientação dos doutores Margareth Zanchetta e Wilson Galhego Garcia, que é coordenador do projeto “Sorriso feliz”.

Annita é de Belo Horizonte (MG), mas vive no Canadá há cinco anos. Ela conheceu o trabalho por meio da doutora Margareth, que é do Rio de Janeiro e professora na Ryerso. Como deseja trabalhar com saúde da comunidade, interessou-se pelo assunto.

O trabalho começou a ser formatado em janeiro do ano passado e a bolsa da Mitacs – que financia apenas projetos inovadores que têm potencial de serem aplicados no Canadá – saiu em julho do mesmo ano. Desde então ela avalia as ações desenvolvidas para a prevenção de cáries por meio de materiais teóricos.

Entrevistas

Segundo Annita, além de mostrar o projeto para o governo canadense, a pesquisa visa auxiliar os idealizadores. “O projeto existe há seis anos e chegou num ponto que estagnou, pois não estava mais conseguindo reduzir o número de cáries nas crianças. Então, nessa pesquisa, eu quero encontrar uma solução para esse problema também”, explicou.

⁷ DIAS, P. **Projeto em Birigui ensina estudantes de odontologia sobre cuidados com dentes de crianças**. 2018. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/sao-jose-do-rio-preto-aracatuba/bom-dia-cidade/videos/t/edicoes/v/projeto-em-birigui-ensina-estudantes-de-odontologia-sobre-cuidados-com-dentes-de-criancas/5885245/>. Acesso em: 3 ago. 2020.

Em Birigui desde o mês passado, Annita está fazendo uma pesquisa qualitativa, com entrevistas com pais/mães, educadores e agentes comunitários de saúde para descobrir quais as barreiras e os fatores que mais ajudam a manter a rotina de escovação dos dentes das crianças tanto nas casas quanto nas escolas.

O objetivo é entender o que influencia a integração do hábito de escovar os dentes e levar a informação aos responsáveis pelo projeto para que eles levem em consideração a rotina das famílias e ajudem pais e mães a incorporarem a escovação no dia a dia.

Cerca de 60 pessoas participaram dessa etapa e um resultado preliminar já foi entregue. O artigo científico deverá ficar pronto em agosto, quando Annita deve voltar para o Canadá e vai tentar publicá-lo em revistas específicas. “Vamos torcer para que o projeto Sorriso Feliz inspire iniciativas semelhantes nas escolas canadenses”, disse.

FIGURA 22 – Apresentação da pesquisa e notícia da proposta de projeto



Na foto: Annita, Garcia e o prefeito Cristiano Salmeirão, que prometeu fazer projeto de lei – Foto: Rafael Lopes/Prefeitura de Birigui.

Na quarta-feira (13), Annita e Garcia estiveram na Prefeitura para apresentar a pesquisa que está sendo feita e foram surpreendidos com uma iniciativa. “O prefeito (Cristiano Salmeirão) anunciou que enviará à Câmara projeto de lei tornando obrigatórias as ações de higiene bucal em todas as creches do município. “Isso significa que o projeto não será interrompido. É uma vitória, um reconhecimento desse belo trabalho”, comemorou Annita.

Projeto

O projeto “Sorriso feliz” é desenvolvido pela FOA (Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da UNESP Araçatuba, em parceria com a Prefeitura de Birigui, por meio das secretarias de saúde e educação. O objetivo é o desenvolvimento de ações integradas para fortalecer a saúde bucal de estudantes do município e prevenir as cáries. O público-alvo são crianças de até 9 anos.

Em visita às unidades escolares, acadêmicos da FOA fazem avaliação clínica nas crianças e ensinam educadores, pais e agentes comunitários de saúde a procederem a higienização bucal.

“O objetivo é cuidar da saúde da boca desde o início da infância para evitar problemas futuros, como cáries, perdas de dentes, doenças cardíacas e reumatismo infantil. Mas não bastam apenas os cuidados na escola, os pais precisam ter o hábito de fazer a limpeza ou supervisionar a escovação dos filhos diariamente em casa”, explicou Garcia.

Estudos alertam:

- Algumas doenças são causadas ou agravadas pela má higiene bucal em longo prazo***
- Gengiva inflamada é uma porta de entrada de bactérias para o sistema sanguíneo***
- O acúmulo de gordura nos vasos (aterosclerose) pode ter início com uma inflamação bacteriana***
- 25% dos infartos estão relacionados com endocardite bacteriana***
- Aterosclerose pode causar um AVC isquêmico***
- AVC Hemorrágico devido à fragilidade de vasos sanguíneos inflamados***
- Com o sistema circulatório fragilizado a possibilidade de endometriose aumenta***
- A periodontite tem relação bidirecional com reumatismo***
- Osteoporose – doença silenciosa que se manifesta na boca***
- A saúde bucal da mãe é fundamental na gestação***
- Além das cáries, muitas doenças são prevenidas com higiene bucal feita de maneira correta.***

FIGURA 23 – Estudante africana faz planos para levar o projeto “Sorriso Feliz” para Cabo Verde



Na foto: A estudante africana, Tairine, em ação pelo Projeto Sorriso Feliz.

O projeto Sorriso Feliz – Saúde da Boca na Primeiríssima e Primeira Infância, desenvolvido nas unidades de ensino mantidas pela Prefeitura de Birigui, poderá ser implantado em Cabo Verde, país africano onde a língua oficial é o português. O “Sorriso Feliz” promove ações integradas visando à prevenção de cáries e outras doenças na saúde bucal de bebês e crianças na faixa etária de zero a três anos. Os pais e demais moradores de Birigui também recebem orientações em suas residências, por meio das visitas dos agentes comunitários de saúde.

Cabo Verde - Segundo o coordenador do projeto, doutor Wilson Galhego Garcia, uma aluna do 4º ano da FOA, a africana Andreia Tairine Gonçalves Cardoso, de 23 anos, está fazendo planos para levar o projeto até sua cidade, Ilha de Santiago (Cabo Verde).

Andréia mudou para Araçatuba em 2014, quando iniciou sua vida universitária na Faculdade de Odontologia da Unesp. “Fiquei sabendo do Sorriso Feliz e fiz inscrição. Foi uma alegria quando fui chamada”, comentou a jovem.

Na manhã desta sexta-feira, 24 de agosto, Andréia, o coordenador Wilson e demais alunos do projeto Sorriso Feliz estiveram no Centro de Educação Infantil (CEI) Ana Souto Trevisan e na Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) Oduvaldo Dossi.

A africana, que este ano iniciou os “atendimentos” aos alunos de Birigui, disse que receberá apoio de uma ex-aluna da FOA que também mora em Cabo Verde.

“Estamos nos estruturando para apresentar o projeto às autoridades de saúde de

Cabo Verde. Paralelo aos estudos, estamos otimistas com relação a isso”, comentou a futura profissional da odontologia.

Nas creches do governo municipal, acadêmicos da disciplina de Projetos Especiais da Faculdade de Odontologia (FOA) da Unesp Araçatuba fazem avaliação clínica nas crianças e ensinam educadores e pais como a procederem a higienização bucal. Os alunos da UNESP atuam em parceria com os agentes comunitários de saúde de Birigui, que receberam capacitação para os trabalhos. O projeto é desenvolvido por meio de uma parceria, de 2012, envolvendo a FOA e a Prefeitura de Birigui, por meio das secretarias de Educação e Saúde.

A atuação dos agentes está prevista na lei municipal 6.584/2018, de autoria do prefeito de Birigui, Cristiano Salmeirão. A lei tornou obrigatórias as atividades de higienização bucal e de prevenção nas creches e escolas de tempo integral do município. “É um projeto de extrema importância para a saúde dos bebês e das crianças. Transformá-lo em lei foi produtivo e irá ajudar na melhoria da qualidade de vida dos moradores de Birigui”, comentou o prefeito Cristiano Salmeirão.

De acordo com o doutor Wilson Galhego, o “Sorriso Feliz” deverá ser implantado, em breve, nas cidades de Bilac e Coroados. Os municípios já procuraram informações sobre como aplicar o projeto junto aos alunos da primeiríssima e primeira infância.

Comunicação Prefeitura

Assessoria de Imprensa

Texto e fotos: Tiago Lotto

FIGURA 24 – Férias escolares: é preciso cuidado com os dentes por maior consumo de doces



FIGURA 25 – Ciência Sem Limites: Higiene Bucal na Primeiríssima Infância



Na foto: João Moretti, à esquerda; Cesar Santana; à direita; Maria Fernanda Urbinati, Prof. Dr. Wilson Garcia e Guilherme Aguilera, ao fundo.

Em 2015, a TV UNESP, através de seu programa Ciência Sem Limites, gravou uma reportagem mostrando um pouco da história e ações do Projeto Sorriso Feliz; a reportagem contou com a participação do idealizador do projeto Prof. Dr. Wilson Galhego Garcia e alguns alunos como Cesar Augusto da Silva Santana e Maria Fernanda Gonçalves Urbinati.

Durante o programa, os alunos contam um pouco sobre sua experiência dentro do projeto e suas perspectivas futuras; enquanto que Garcia conta sobre o início do projeto, de onde surgiu a ideia e comenta a doação de milhares de kits que havia recebido da Colgate e que seriam entregues as crianças das cidades participantes do projeto.

FIGURA 26 – Lei do Sorriso Feliz: ações foram feitas em três unidades de ensino da Prefeitura de Birigui

03/08/2018

Lei do Sorriso Feliz: ações foram feitas em três unidades de ensino da Prefeitura de Birigui



O projeto Sorriso Feliz – Saúde da Boca na Primeira Infância realizou nesta sexta-feira, 3 de agosto, mais uma ação de saúde bucal na rede municipal de ensino de Birigui.

Desenvolvido em parceria pela Prefeitura de Birigui e Unesp Araçatuba/FOA (Faculdade de Odontologia de Araçatuba), o projeto passou a ser Lei Municipal este ano.

De autoria do prefeito Cristiano Salmeirão, a Lei 6.584/2018 determina que creches, escolas, unidades de ensino e os agentes comunitários de saúde do município de Birigui realizem ações de fortalecimento da atenção básica à saúde bucal nas primeiríssimas primeira infância.

“São ações e atividades de conscientização e prevenção por diagnóstico precoce de doenças da boca. É um projeto de extrema importância para os nossos alunos e para as crianças do município”, comentou o prefeito.

Segundo o coordenador do projeto, Dr Wilson Galhego Garcia, este é o primeiro passo na primeiríssima infância para uma vida sem cáries para crianças de 5 a 9 anos. “Em uma de nossas ações, uma equipe com dentista, agentes de saúde e

estudantes de odontologia visitam as salas de aula e fazem uma avaliação completa da saúde bucal das crianças”, explicou o coordenador.

Os alunos da Unesp recebem suporte das secretarias de Saúde e Educação de Birigui. O Sorriso Feliz é desenvolvido nas unidades de ensino mantidas pelo governo municipal desde 2012.

Nesta sexta-feira (3), no período da manhã, profissionais do Sorriso Feliz estiveram no Centro de Educação Infantil (CEI) Enriqueta Terence e no CEI Dília Guimarães Azevedo. No período da tarde a ação acontece no CEI Fátima Hamud Nakad. Alunos da FOA passaram orientações de como usar o fio dental,

O projeto Sorriso Feliz – Saúde da Boca na Primeira Infância realizou nesta sexta-feira, 3 de agosto, mais uma ação de saúde bucal na rede municipal de ensino de Birigui.

Desenvolvido em parceria pela Prefeitura de Birigui e Unesp Araçatuba/FOA (Faculdade de Odontologia de Araçatuba), o projeto passou a ser Lei Municipal este ano.

De autoria do prefeito Cristiano Salmeirão, a Lei 6.584/2018 determina que creches, escolas, unidades de ensino e os agentes comunitários de saúde do município de Birigui realizem ações de fortalecimento da atenção básica à saúde bucal na primeiríssima e primeira infância.

“São ações e atividades de conscientização e prevenção por diagnóstico precoce de doenças da boca. É um projeto de extrema importância para os nossos alunos e para as crianças do município”, comentou o prefeito.

Segundo o coordenador do projeto, Dr. Wilson Galhego Garcia, este é o primeiro passo na primeiríssima infância para uma vida sem cáries para crianças de 5 a 9 anos. “Em uma de nossas ações, uma equipe com dentista, agentes de saúde e estudantes de odontologia visitam as salas de aula e fazem uma avaliação completa da saúde bucal das crianças”, explicou o coordenador.

Os alunos da UNESP recebem suporte das secretarias de Saúde e Educação de Birigui. O Sorriso Feliz é desenvolvido nas unidades de ensino mantidas pelo governo municipal desde 2012.

Nesta sexta-feira (3), no período da manhã, profissionais do Sorriso Feliz estiveram no Centro de Educação Infantil (CEI) Enriqueta Terence e no CEI Dilma Guimarães Azevedo. No período da tarde a ação acontece no CEI Fátima Hamud Nakad. Alunos da FOA passaram orientações de como usar o fio dental, como fazer corretamente a escovação dos dentes, como usar o antisséptico bucal, entre outras informações ao público-alvo do projeto.

Agentes comunitários de saúde de Birigui são capacitados para atuarem no projeto Sorriso Feliz

Agentes comunitários de saúde de Birigui foram capacitados, na tarde desta sexta-feira, dia 10 de agosto, a respeito da saúde bucal de bebês e crianças na faixa etária de zero a três anos, por meio do projeto Sorriso Feliz – Saúde da Boca na Primeiríssima e Primeira Infância⁸. Os profissionais serão responsáveis por desenvolverem trabalhos de conscientização durante as visitas casa a casa. A atuação dos agentes está prevista na lei municipal 6.584/2018, que também tornou obrigatória as atividades de higienização bucal e de prevenção nas creches e escolas de tempo integral. O projeto é desenvolvido pela Prefeitura de Birigui, por meio das Secretarias de Educação e Saúde, em parceria com a Faculdade de Odontologia da Unesp de Araçatuba.

A palestra foi ministrada pelo coordenador do projeto Sorriso Feliz, doutor Wilson Galhego Garcia, que falou sobre as principais doenças da boca e repassou orientações importantes sobre como os pais devem cuidar da saúde bucal dos filhos. Também esteve presente no evento a diretora do departamento de Odontologia da prefeitura, Helen Barbieri Figueroa Limieri. Desenvolvido desde 2012 na rede municipal de ensino, o projeto Sorriso Feliz promove ações integradas visando a prevenção de cáries e outras doenças. Em visita as creches, acadêmicos da disciplina de Projetos Especiais da Faculdade de Odontologia fazem avaliação

⁸ LOPES, R. **Agentes comunitários de saúde de Birigui são capacitados para atuarem no projeto Sorriso Feliz.** 2018. Disponível em: http://www.birigui.sp.gov.br/birigui/noticias/noticias_detalhes.php?id_noticia=5681. Acesso em: 15 jul. 2020.

clínica nas crianças e ensinam educadores e pais como a procederem a higienização bucal.

O “Sorriso Feliz” promove ações integradas visando à prevenção de cáries e outras doenças na saúde bucal de bebês e crianças na faixa etária de zero a três anos. Os pais e demais moradores de Birigui também recebem orientações em suas residências, por meio das visitas dos agentes comunitários de saúde. Nas creches do governo municipal, acadêmicos da disciplina de Projetos Especiais da Faculdade de Odontologia (FOA) da UNESP Araçatuba fazem avaliação clínica nas crianças e ensinam educadores e pais como a procederem a higienização bucal.

Os alunos da Unesp atuam em parceria com os agentes comunitários de saúde de Birigui, que receberam capacitação para os trabalhos. O projeto é desenvolvido por meio de uma parceria, de 2012, envolvendo a FOA e a Prefeitura de Birigui, por meio das secretarias de Educação e Saúde.

A atuação dos agentes está prevista na lei municipal 6.584/2018, de autoria do prefeito de Birigui, Cristiano Salmeirão. A lei tornou obrigatórias as atividades de higienização bucal e de prevenção nas creches e escolas de tempo integral do município.

“É um projeto de extrema importância para a saúde dos bebês e das crianças. Transformá-lo em lei foi produtivo e irá ajudar na melhoria da qualidade de vida dos moradores de Birigui”, comentou o prefeito Cristiano Salmeirão.

Bia Sanchez compartilhou uma publicação – sentindo-se encantada com Dóris Hissako Sumida e outras 4 pessoas⁹.

⁹ SANCHEZ, B. “O bom filho à casa torna, reza a lenda...”. Facebook, 7 set. 2018. Disponível em: <https://m.facebook.com/100000282232398/posts/2086141911405196/>. Acesso em: 1 jul. 2020.

FIGURA 27 – Implantação do Projeto Sorriso Feliz em Santa Cruz do Rio Pardo



“O bom filho a casa torna, reza a lenda” ...

Cá estamos nós, pela primeira vez, plantando uma sementinha do bem na nossa amada terrinha.

Dessa vez com as próprias mãos, rs

Fernanda Camilo e eu devemos muito aos queridos professores da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP como o Wilson Galhego e a todos os envolvidos que possibilitaram nossa chegada com o Projeto Sorriso Feliz ao 24º município! Há muito tempo esse projeto tem nos proporcionado um grande desenvolvimento pessoal por todas as cidades e centros educacionais que já passamos. É muito bom conviver com pessoas que dirigem instituições, departamentos e projetos buscando sempre o melhor e olhando com tanto amor e dedicação àqueles pequenos que serão o futuro da nossa nação.

Nada em troca dessa parceria com pais, agentes de saúde e da educação, e com as próprias crianças. Não há como traduzir minha felicidade no dia de hoje!” ❤️

Sorriso Feliz está com **Bia Sanchez**.

Enviado do meu Iphone.

Hoje o Projeto Sorriso Feliz foi implantado em Santa Cruz do Rio Pardo-SP. A manhã começou com visita das graduandas Beatryce Sanchez e Fernanda Camilo à CEIM - TEREZA MARIA DE JESUS, que as acolheu e surpreendeu muito com as porcentagens baixíssimas de incidência da doença cárie.

Na secretaria de educação, obtivemos o apoio para estender o projeto a 19 centros educacionais do município. Além disso, palestras aos pais, professores e principalmente grávidas estão por vir, para dar-lhes instruções de como manter

adequadamente a saúde bucal visando o equilíbrio da saúde geral e o bem estar da família e das crianças.

LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016.

Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

Art. 24. O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º, 3º e 4º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“Art. 14.....

§ 1º.....

§ 2º O Sistema Único de Saúde promoverá a atenção à saúde bucal das crianças e das gestantes, de forma transversal, integral e Inter setorial com as demais linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança.

§ 3º A atenção odontológica à criança terá função educativa protetiva e será prestada, inicialmente, antes de o bebê nascer, por meio de aconselhamento pré-natal, e, posteriormente, no sexto e no décimo segundo anos de vida, com orientações sobre saúde bucal.

§ 4º A criança com necessidade de cuidados odontológicos especiais será atendida pelo Sistema Único de Saúde.” (NR).

ANEXO F - Cárie na Primeira Infância: declaração de Bangkok da IAPD (IAPD, 2019)

Introdução

O objetivo desta Declaração é obter apoio em todo o mundo para uma definição baseada em evidências e uma compreensão sobre as evidências em relação à etiologia, fatores de risco e intervenções para reduzir Cárie na Primeira Infância (CPI), assim como estimular abordagens e políticas colaborativas para diminuir esta doença crônica. Neste contexto, 11 experts de todo o mundo foram convocados pela *International Association of Paediatric Dentistry* (IAPD) para criar este documento.

A Declaração de Bangkok da IAPD

Cárie na Primeira Infância (CPI) é definida como a presença de uma ou mais superfícies cariadas (cavitada ou não cavitada), perdidas ou restauradas (devido à cárie) em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade. Dentes decíduos mantêm o espaço para a dentição permanente e são essenciais para o bem-estar da criança, uma vez que cárie dentária na dentição decídua pode determinar dor crônica, infecções e outras morbidades. CPI é prevenível, mas atualmente afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo, geralmente permanecendo não tratada. Esta doença tem um grande impacto na qualidade de vida de crianças e suas famílias e representa um impacto desnecessário para a sociedade.

Cárie na Primeira Infância, como outras formas de cárie, é considerada uma doença dinâmica multifatorial, determinada pelo consumo de açúcar e mediada por biofilme que resulta no desequilíbrio entre os processos de des e remineralização dos tecidos duros dentários.

A cárie dentária é determinada por fatores biológicos, comportamentais e psicossociais relacionados ao meio do indivíduo. CPI compartilha fatores de risco comuns a outras doenças não transmissíveis (DNT) associadas ao consumo excessivo de açúcar, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade. Consumo excessivo de açúcar determina produção prolongada de ácidos a partir de bactérias que se aderem ao dente e uma mudança na composição da microbiota oral e pH do biofilme. Se mantido, as estruturas do dente são desmineralizadas. CPI pode estar também associada com defeitos de desenvolvimento do esmalte.

O manejo apropriado da CPI a partir da informação dos pais, profissionais da saúde e agentes comunitários em saúde, assim como políticas baseadas em evidências são importantes para reduzir o impacto desta doença prevenível. Avaliação do risco de cárie contribui neste processo por estabelecer a probabilidade de um paciente ou de um grupo de crianças desenvolver lesões de cárie. Em nível individual, avaliação de risco é um elemento essencial para guiar a prevenção e tratamento. Em nível coletivo, a avaliação do risco de cárie pode guiar intervenções públicas e alocar tempo e recursos para aqueles com maior necessidade.

A prevenção e tratamento de CPI podem ser estruturados em três fases. Prevenção primária inclui melhorar o conhecimento de pais/cuidadores e trabalhadores em saúde, limitando o consumo infantil de açúcares livres em bebidas e comidas e propiciando exposição diária ao flúor. Prevenção secundária consiste no controle efetivo de lesões iniciais antes da cavitação, o que pode incluir aplicações mais frequentes de verniz fluoretado e aplicação de selantes de fissuras em molares suscetíveis. Prevenção terciária inclui a paralisação de lesões cavitadas e tratamento operatório preservando a estrutura dentária.

Recomendações

Para reduzir a prevalência e impacto de CPI no mundo, a Declaração de Bangkok da IAPD recomenda as seguintes ações: quatro áreas essenciais descritas a seguir requerem ações de múltiplos atores:

1. Conscientizar pais/cuidadores, dentistas, técnicos em saúde bucal, médicos, enfermeiras, profissionais da saúde e outros grupos interessados sobre CPI.
2. Limitar o consumo de açúcar em alimentos e bebidas e evitar açúcares livres para crianças com menos de 2 anos de idade.
3. Escovar os dentes de todas as crianças duas vezes por dia com pasta fluoretada (ao menos 1000 ppm) usando uma quantidade adequada de dentífrico.
4. Prover orientações preventivas no primeiro ano de vida por um profissional da saúde ou agente comunitário de saúde (em conjunto com programas já existentes – p.ex. campanhas de vacinação – sempre que possível) e, idealmente, referir para um dentista para manutenção e cuidados preventivos.

Além disso, é recomendável que:

- Grupos interessados defendam sistemas de reembolso e uma reforma educacional que enfatizem a prevenção e o manejo de CPI baseados em evidências.

- Estudos epidemiológicos devem registrar a presença de lesões de cárie cavitadas e não cavitadas para padronizar comparações entre países e regiões; idealmente, devem ser registrados estágios iniciais, moderados e extensos de cárie; crianças devem ser avaliadas aos três e cinco anos de idade para que se verifiquem as necessidades preventivas e restauradoras.
- Um currículo de educação em CPI deve ser implementado em Cursos de Odontologia no mundo para assegurar que cuidados preventivos baseados em evidências e no risco de cárie sejam ensinados da mesma forma que o tratamento cirúrgico tradicional.
- Pesquisas em desigualdades em CPI, qualidade de vida relacionada à saúde bucal, intervenções e economia em saúde devem ser apoiadas para permitir a compreensão sobre os benefícios do cuidado efetivo e oportuno.

O Apêndice abaixo, preparado pelo Grupo de Experts, apresenta uma Declaração sobre Cárie na Primeira Infância direcionada para vários profissionais e grupos interessados. Um artigo detalhado, intitulado “*Global Perspective of Early Childhood Caries Epidemiology, Aetiology, Risk Assessment, Societal Burden, Management, Education and Policy*”¹ fornece evidências atualizadas e referências que basearam tal declaração.

* O *Global Summit on Early Childhood Caries* ocorreu em Bangkok de 2 a 4 de novembro de 2018. Membros do Painel de Experts que desenvolveram esta Declaração com a contribuição do Comitê da IAPD foram: N. B. Pitts (Reino Unido), R. Baez (EUA), C. Diaz-Guallory (EUA), K. Donly (EUA), C. Feldens (Brasil), C. McGrath (Hong Kong), P. Phantumvanit (Tailândia), K. Seow (Austrália), N. Sharkov (Bulgária), N. Tinanoff (EUA) e S. Twetman (Dinamarca).

Membros do Comitê da IAPD em ordem alfabética: M. Bönecker (Brasil), A. O'Connell (Irlanda), B. Drummong (Nova Zelândia), T. Fujiwara (Japão), C. Hughes (Estados Unidos), N. Krämer (Alemanha), A. Kupietzky (Israel), A.M Vierrou (Grécia), A. Tsai (Taiwan).

Apêndice

Declaração de Bangkok da IAPD sobre Cárie na Primeira Infância

O que é Cárie na Primeira Infância (CPI)?

- **Cárie Dentária:** *Definição científica* – Cárie dentária é uma doença dinâmica multifatorial, determinada pelo consumo de açúcar e mediada por biofilme que resulta no desequilíbrio entre os processos de des e remineralização dos tecidos

duros dentários. Cárie dentária é determinada por fatores biológicos, comportamentais e psicossociais relacionados ao meio do indivíduo.

• **Cárie na Primeira Infância** – Definição leiga – Cárie dentária em crianças pré-escolares, uma doença comum, na maioria das vezes não tratada e que pode ter profundo impacto na vida das crianças. Definição clínica – presença de uma ou mais superfícies cariadas (cavitada ou não cavitada), perdidas ou restauradas (devido à cárie) em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade.

O contexto de CPI

- Cárie dentária é a doença prevenível mais comum.
- Cárie dentária não tratada em dentes decíduos afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo.
- Cárie dentária compartilha fatores de risco comuns a outras doenças não transmissíveis (DNT) associadas com consumo excessivo de açúcar, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade.

O impacto inaceitável de CPI

- CPI representa um impacto inaceitável para crianças, famílias e a sociedade.
- Prevenção e manejo oportuno e apropriado de CPI é importante para reduzir este impacto e melhorar a qualidade de vida de crianças no mundo.

Como reduzir CPI e seu impacto?

CPI é multifatorial e não há uma solução fácil e única para o complexo quebra-cabeça. O engajamento de múltiplos grupos interessados que levem em consideração os múltiplos aspectos da causa de cárie é necessário para prevenir CPI.

• Prevenção Primária em CPI

- Intervenções amplas em nível da comunidade.
- Prevenção da doença em nível individual.

• Prevenção Secundária de CPI

- Controle efetivo de lesões iniciais antes da cavitação.
- Paralisação de lesões mais avançadas, quando possível.

• Prevenção terciária de CPI

- Procedimentos de controle de cárie não invasivos.
- Tratamento restaurador apropriado, preservando estrutura dentária.

Ações sobre CPI necessárias de múltiplos grupos interessados em quatro áreas chave

- **Conscientizar** pais/cuidadores, dentistas, técnicos em saúde bucal, pediatras, enfermeiras, outros profissionais da saúde e outros grupos interessados **sobre CPI**.
- **Limitar o consumo de açúcar em alimentos e bebidas** e evitar açúcares livres para crianças com menos de 2 anos de idade.
- **Escovar os dentes de todas as crianças duas vezes por dia com pasta fluoretada** (ao menos 1000 ppms) usando uma quantidade adequada de dentifrício.
- **Prover orientações preventivas no primeiro ano de vida por um profissional da saúde ou agente comunitário de saúde** (em conjunto com programas já existentes – p.ex. campanhas de vacinação – sempre que possível) e idealmente, referir para um dentista para manutenção e cuidados preventivos.

ANEXO G - Coapes

COAPES - CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE ARAÇATUBA-SP

COAPES - CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE ARAÇATUBA-SP		
AVALIAÇÃO DE PROJETOS		Nº PROTOCOLO _____/_____/_____
NOME PESQUISADOR:		
Wilson Galhego Garcia		
INSTITUIÇÃO:		
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho		
TEMA:		
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM CRECHES DE ARAÇATUBA-SP		
DURAÇÃO PROJETO: 1 ano		
INÍCIO: março/ 2020		FIM: fevereiro/2021 INDETERMINADO ()
OBJETIVO:		
1-Promover o ensino ao aluno de graduação para que aprenda como direcionar o conhecimento adquirido na universidade a fim de auxiliar na resolução de problema social. 2- Promover ensino à população estimulando, por meio de demonstração e ações lúdicas, a) a criança para o cuidado rotineiro de sua higiene bucal, tornando-a multiplicadora de cuidados bucais, uma vez que aprendem técnicas, levam para suas casas os folhetos explicativos e exigem de seus pais uma maior atenção desses cuidados aprendidos. b) as mães de bebês para realizarem a higienização da boca de seus filhos após cada mamada; c) educadores, professores e agentes comunitários de saúde que acompanham o projeto, para que se empoderem e multipliquem a ação de higiene bucal das crianças que estiverem sob sua responsabilidade e orientem as mães ou familiar responsável para que realizem e/ou supervisionem a higienização correta da criança em casa; 3- Distribuir kits contendo escovas, dentífricos e fio dental nas creches e escolas para que as crianças possam ser estimuladas e supervisionadas por seus educadores a escovar os dentes na escola; 4- Congregar ações multidisciplinar e multiprofissional ao projeto, uma vez que haverá alunos de vários anos da Odontologia. Alunos dos primeiros anos poderão vislumbrar atividades para as quais ainda serão capacitados enquanto alunos de anos mais avançados terão a possibilidade de difundir, junto a comunidade, o aprendizado adquirido na universidade. O aprendizado multiprofissional será decorrente da interação observacional e prática da odontologia, pedagogia, antropologia e do agente comunitário. 5- Coletar dados para estudo e desenvolvimento de propostas e ações que direcionem mudanças sociais.		
METODOLOGIA:		
Local 1 (Faculdade de Odontologia de Araçatuba): Todos os alunos, do 1º ao 6º ano do Curso de Odontologia receberão, durante aula teórica da disciplina de Projetos Especiais (1 aula para calibração), por docente vinculado à disciplina de Odontopediatria da FOA-Unesp, instruções de como propagarem as formas corretas de utilização de escova de dentes, dentífricos e fio dental em macro modelos. Os alunos participantes do projeto utilizarão os macro modelos e escovas de dentes, para aperfeiçoarem as técnicas de higienização. Serão apresentadas técnicas que o alunos poderão utilizar para a correta abordagem às crianças, de acordo com suas faixas etárias e conforme o ano que eles estiverem matriculados. Alunos que estejam cursando ano igual ou superior ao terceiro ano do curso de Odontologia serão calibrados para que realizem procedimentos de triagem odontológica, observando alterações na cavidade bucal das crianças, confirmadas pelo professor cirurgião dentista da FOA ou por cirurgião dentista da rede pública de Araçatuba que estiver acompanhando a atividade. Também será ensinado a esse tipo de graduando procedimento de limpeza das bocas dos bebês que frequentam os berçários com gaze e água filtrada. Serão deixados folhetos com as instruções simples aos pais ou responsáveis aos educadores dos berçários para que as mães possam proceder a limpeza das bocas de seus bebês em casa. Caberá aos alunos de primeiro e segundo anos da FOA-Unesp, que estiverem matriculados na disciplina optativa de Projetos Especiais, propor atividades lúdicas como jogos, contação de histórias e encenação com bonecos, que possam ser adotadas durante visitas às creches e escolas, tornando assim a aprendizagem mais estimulante e enriquecedora. Curso teórico-prático presencial de até 4 horas será ministrado para todos os cirurgiões dentistas da rede pública de		

TODO O PROJETO SERÁ FINANCIADO COM RECURSOS PRÓPRIOS:		SIM ()	NÃO (X)
SE HOUVER NECESSIDADE DE UTILIZAÇÃO DE RECURSOS MUNICIPAIS, DESCREVER ABAIXO:			
EQUIPAMENTOS:			
Não há			
MATERIAIS E INSUMOS:			
1) Equipamento de Proteção Individual, tais como, luvas de procedimento para manipulação da boca dos bebês. Número de pares conforme o número de bebês das creches, mais um terço, caso haja necessidade de nova análise. Cada 100 bebês: 3 caixas contendo 100 luvas.			
2) Gaze para higienização da boca dos bebês: cada 300 bebês, 1 pacote com 500 gazes			
3) 4 espátulas por criança, prevendo duas análises: cada 100 crianças, 400 espátulas.			
4) folders ou folhetos explicativos: 1 por criança do projeto e 1 por educador			
5) 2 macromodelos por creche ou escola			
6) 2 escovas dentais por crianças (no mínimo)			
7) Cremes dentais sem flúor para as escolas: 4 tubos por sala			
RECURSOS HUMANOS:			
Local 1 (Faculdade de Odontologia de Araçatuba): Cirurgiões dentistas e Técnica de Higiene Dentária da rede pública de saúde destinados pela Prefeitura Municipal para a calibração do projeto.			
Local 2 (Creches e Escolas Públicas Municipais do Ensino fundamental I): Educador da sala de aula, agente comunitário voluntário para acompanhar a atividade e Cirurgião dentista responsável pela atividade, devendo ser incluída a Técnica de Higiene Buca da rede pública de saúde. Caso os alunos de graduação com o docente ingressem na atividade, a ação do profissional da rede será pontual, devendo haver a calibração para que haja o entendimento da técnica utilizada e para que haja logística para o recebimento dessas crianças na rede após serem identificadas e prioridade de atendimento devam ser contruídas conforme a capacidade da rede.			
Local 3 (Local destinado pela Prefeitura Municipal de Saúde de Araçatuba): agentes comunitários a serem calibrados para que levem as devidas informações sobre a saúde bucal até os responsáveis pelas crianças.			
APROVAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA (SE NECESSÁRIO): () SIM (X) NÃO () NÃO SE APLICA			
* RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DO PROJETO DEVERÁ SER ENTREGUE ATÉ 30 DIAS APÓS FINALIZAÇÃO DO MESMO OU RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO SERÁ ENTREGUE ANUALMENTE. CASO NÃO SEJA ENTREGUE, ESSE DOCUMENTO NÃO SERÁ VÁLIDO PARA USO ADMINISTRATIVO/LEGAL.			
ASSINATURAS:			
PESQUISADOR:	INSTITUIÇÃO:	Coord. COAPES:	

ANEXO H - Matriz Lógica do Projeto

ANÁLISE DA MATRIZ LÓGICA DO PROJETO FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

País/Região	BRASIL/Estado de São Paulo	Projeto No.	
Título do projeto	UNESP –FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA	Orçamento do Projeto	
Organizações Parceiras	UNESP/PREFEITURAS MUNICIPAIS/MATERNIDADES/PASTORAL DA CRIANÇA	Gestor do Projeto	PROEX - UNESP
Estratégia de Programação no Estado de São Paulo datada de:	21 de julho de 2014	Membros da Equipe do Projeto	(listar o coordenador geral, adjunto e um coordenador por campus; nome, título/função e instituição de origem)
SUMÁRIO NARRATIVO		MEDIDAS DE DESEMPENHO	SUPosições/INDICADORES DE RISCO
Objetivo Principal do projeto (Objetivo do Programa)	Resultados de Longo Prazo	Indicadores de Desempenho	Suposições / Indicadores de Risco
Contribuir para o fortalecimento da governança e da equidade na Atenção Básica à Saúde Bucal na Primeira Infância via Universidade, Prefeituras (Estratégia Saúde da Família), maternidades e Pastoral da Criança, através do desenvolvimento de cooperação técnica e colaboração que produz mudanças mensuráveis na prestação de Atenção Básica à Saúde em 240 cidades do Estado de São Paulo (10 por campus) para realizar uma assistência ampla com, equidade na saúde, universalidade de acesso e fortalecimento da participação de mães e educadores e com controle social.	O Projeto é um instrumento para o fortalecimento da governança e da equidade na prestação de serviços de saúde bucal básica na primeira infância, capaz de demonstrar mudanças nos resultados, com base nos princípios da amplitude do atendimento, da universalidade, da equidade e da participação social.	- Melhorias mensuráveis nos resultados de saúde das crianças beneficiadas pelo projeto; - Maior integração da Universidade com sistemas secundários e terciários; - Aumento na acessibilidade universal à Atenção Básica à Saúde Bucal na Primeira Infância, através das equipes da Universidade, das Prefeituras (Estratégia Saúde da Família, berçários de hospitais e trabalhos nas creches) e Pastoral da Criança.	- Apoio adequado recebido pela PROEX - Risco: Não ocorrer mais esse tipo de apoio. Os próprios participantes dividem a gasolina, ou ocorre um apoio das prefeituras interessadas no projeto, ou ainda apoio de instituições filantrópicas da cidade ou órgãos políticos. Outra universidade, clube de serviços ou secretaria assume o projeto. - Compromisso contínuo dos gestores municipais e funcionários das creches - Risco : Troca-se a administração municipal e o novo secretário de saúde ou da educação decide parar com o projeto - Risco: Os funcionários das creches não se interessam pelo projeto e acabam dificultando a atuação dos interessados. Pode ocorrer a educação dos participantes efetivos para que eles se interessem mais pelo projeto e terem a participação efetiva da família
Objetivos Específicos do Projeto	Resultados de Médio Prazo	Indicadores de Desempenho	Suposições /Indicadores de Risco
1) Desenvolver ferramentas de avaliação de programa usando métodos simples de Gestão Baseada em Resultados para a Atenção Básica à Saúde Bucal na Primeira Infância no âmbito municipal, através do trabalho com os parceiros.	- Avaliações de programa usando a Gestão Baseada em Resultados têm sido testadas em projetos-piloto em 20 cidades do Médio Tietê e Aguapeí - Matrificação de uma equipe em cada campus, na aplicação de ferramentas de avaliação de programa e nos princípios do projeto	- Gestores nos campi e nos municípios são treinados nas ferramentas de Avaliação do Programa, no uso das técnicas e as aplicam ao projeto - Gestores da universidade e municipais organizam treinamento e apoiam as ferramentas de avaliação e de aplicação das técnicas pelas equipes.	Agentes comunitários de saúde e da Pastoral para ajudarem na atuação das mães em casa' Ameaça com processos caso a família atue com descalço frente ao projeto e a saúde bucal da criança.
2) Realizar melhorias de qualidade do trabalho prestado através de diretrizes desenvolvidas para a prática e de ferramentas adequadas para as Equipes de Saúde da Família, equipes da Universidade, equipes da Pastoral da Criança e responsáveis pelos berçários das maternidades e das creches e para os gestores municipais, para que promovam a educação continuada dos membros das equipes do projeto.	- Áreas prioritárias identificadas para cada região, a partir de análise de indicadores epidemiológicos e de seu uso na tomada de decisão e no planejamento da expansão do projeto - Ajustes na distribuição de recursos são realizados para acomodar novas prioridades e a consolidação das equipes existentes; - Aumento no número de oportunidades para que as mães em particular e a comunidade em geral participe de todas as fases organizacionais do processo de trabalho, através do compartilhamento de informação e disponibilidade de espaços para debate e tomada de decisão; - As diretrizes para a prática sejam amplamente disponíveis e utilizadas pelas equipes para uma melhor assistência à saúde para as crianças e mães; - Melhorias no fluxo e na análise da informação para que gestores e equipes utilizem a informação gerada no planejamento e na	- As áreas prioritárias são definidas pelos gestores, para a melhoria de qualidade - Gestores concordam em ajustar a distribuição de recursos, para acomodar as prioridades. - Planos para a expansão da gestão democrática e do controle social das comunidades estão em andamento para o projeto. - Diretrizes para a prática estão amplamente disponíveis para todos os membros das equipes - Os gestores e os membros das equipes usam as informações dos sistemas existentes para o planejamento e para a realização das ações - Número de opções educacionais em saúde bucal na primeira infância	Riscos: - Resistência por parte dos gestores na formulação e implementação das melhorias. - Diretrizes para a prática não compartilhadas livremente com as equipes, com as mães e com a comunidade; - Sistemas de informação falhos para realizar a análise a tempo para o planejamento - Dificuldade para mensurar a utilização da informação para a tomada de decisão pelos gestores e membros das equipes - Resistência por parte das instituições de ensino superior, faculdades profissionalizantes e outros a apoiar nos programas de educação profissional e continuada. - Alunos não podem ir ao projeto - Resistência à avaliação O professor com o pessoal da cidade, na reunião matrifica todos que possam trabalhar com o projeto

	implementação das ações de maneira adequada e em tempo; ▪ Acordos negociados feitos com instituições de educação para modificar a educação dos atuais profissionais para que trabalhem de modo a suprir necessidades recorrentes de educação continuada para os membros das equipes.	aumenta; aumenta também número de programas de educação continuada.	
--	---	--	--

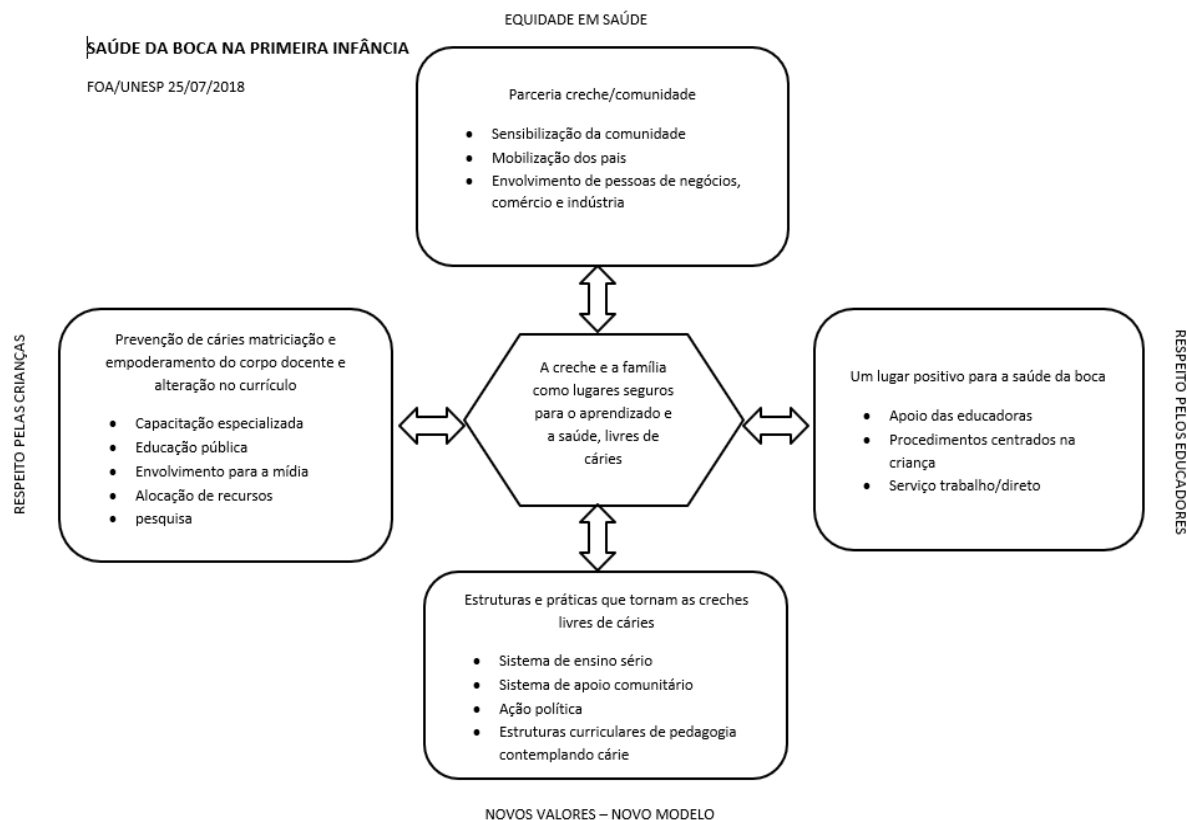
Recursos / Atividades	Resultados de Curto Prazo	Indicadores de desempenho	Suposições / Indicadores de Risco
1.1. Realização de encontros preparatórios para a avaliação e ajustes de metodologia 1.2. Desenvolvimento de metodologias de avaliação adequadas com a validação dos instrumentos, monitoramento, avaliação e acompanhamento regular das crianças 1.3. Realização de encontros para a implementação das estratégias propostas de avaliação e de implementação com os gestores municipais, coordenadores, equipes e usuários (educadoras e mães; 1.4. Realização de projetos-piloto para avaliar um determinado número de equipes (dando preferência aos grandes centros urbanos e municípios em regiões menos favorecidas), com a supervisão, monitoramento e acordos para o uso dos resultados na implementação das mudanças necessárias; 1.5. Criação de um Observatório de Avaliação, em uma rede (<i>Web</i>) onde todos que tenham interesse no tema possam acessar para aprender sobre as experiências de sucesso, lançamento on line dos dados gerados nas visitas às creches e outras instituições; 1.6. Realização de atividade de intercâmbio (visitas <i>in loco</i>) entre	▪ Maior conhecimento dos gestores e das equipes em termos da avaliação e das metodologias ▪ Maior conhecimento das experiências, modelos e do <i>know-how</i> sobre avaliação e metodologias em sistemas de saúde ▪ Maiores habilidades técnicas e políticas, para desenvolver metodologias de avaliação e de boas práticas.	▪ Número de equipes participando dos encontros e oficinas do projeto, relativos a metodologias de avaliação e de difusão de boas práticas ▪ Número de documentos produzidos (atas com as estatísticas de visitas nas creches, minutas de reunião, comunicados, manuais técnicos, instrumentos, entre outros) ▪ Projetos-piloto finalizados com variações aceitáveis, com custos e qualidade pré-definidos em um cronograma; ▪ Observatório das melhores práticas em pleno funcionamento na <i>web</i> e na UNIVESP. ▪ Número de visitas e procedimentos realizados <i>in loco</i> e número de participantes.	▪ Participação efetiva dos gestores e das equipes no processo de formulação e implementação de metodologias de boas práticas e de avaliação ▪ Necessidade de realizar atividades de formação contínua com vistas a desenvolver as atividades propostas. <u>Riscos:</u> ▪ Resistência por parte dos envolvidos na implementação das metodologias de boas práticas e de avaliação ▪ Não ser capaz de usar dados e informações que resultem dos projetos-piloto na projeção de dados par outras cidades do Estado de São Paulo. ▪ Dificuldade de comunicação entre os diversos participantes que estão envolvidos no projeto..

os membros das diversas equipes para que possam aprender com as experiências de implantação e avaliação em diferentes realidades.			
---	--	--	--

Recursos / Atividades	Resultados de Curto Prazo	Indicadores de Desempenho	Suposições / Indicadores de risco
2.1 Realização de oficinas de capacitação e desenvolvimento de habilidades na saúde bucal das crianças nos diversos municípios sobre a priorização das atividades	▪ Maior conhecimento dos gestores e funcionários que participam em termos da importância e dos benefícios da prevenção	▪ Número de gestores e membros das equipes que participam dos eventos e das oficinas ligadas a governança.	▪ Participação efetiva de gestores municipais e das equipes de saúde da família nos processos de governança ▪ Necessidade de realização de atividades de matriciação para desenvolver algumas das atividades propostas.
2.2 Desenvolver protocolos e ferramentas para as equipes e para gestores municipais para que apoiem a consolidação e para que a expansão do projeto tenha sustentabilidade política e financeira;	▪ Maior conhecimento por parte dos gestores municipais das experiências, modelos, <i>know-how</i> da metodologia de avaliação e de boas práticas em sistemas de saúde ▪ Maior habilidade técnica e política na gestão de sistemas de saúde	▪ Número de documentos produzidos (atas, minutas de reunião, comunicados, manuais técnicos, instrumentos de gestão, entre outros) ligados à governança do projeto.	<u>Riscos:</u> ▪ Resistência por parte dos envolvidos na adoção de instrumentos de comprometimento que fortaleçam a governança; ▪ Dificuldades de comunicação entre os diversos participantes ▪ Não há um índice para a primeiríssima infância (0 – 3 anos)
2.3 Desenvolvimento de ferramentas clínicas, como protocolos integrados, diretrizes e padrões para as equipes; produção de folders, vídeos e de material publicitário de apoio, criação de aulas on line na UNIVESP;	▪ Aumento mensurável, com um objetivo específico, do número de gestores municipais que apoiam o gestor federal na consolidação do projeto de maneira estabelecida (e formal) através do uso de instrumentos adequados de compromisso.	▪ Número de gestores municipais que apoiam o gestor da universidade na consolidação do projeto de maneira institucional através de instrumentos adequados.	
2.4 Desenvolvimento de instrumentos de programação e planejamento para as equipes;		▪ Número de equipes criadas e implementadas, de maneira estabelecida (e formal) através do uso de instrumentos de protocolo e ferramentas de gestão	
2.5 Realização de encontros com instituições de ensino superior e hospitais de ensino para expandir a quantidade e a qualidade dos tópicos relacionados ao projeto nos currículos da graduação e da pós-graduação, de forma a aumentar os pontos de residência médica e multi-profissional para médicos e profissionais de saúde da família e desenvolver programas continuados e permanentes de educação conforme as necessidades e demandas identificadas nos municípios;	▪ Existência de instrumentos de decisão entre os gestores e entre as equipes para o fortalecimento e consolidação do projeto, dando-lhe sustentabilidade política e financeira. ▪ Aumento mensurável, com um objetivo específico, do número de instituições de ensino superior que participam das oficinas e encontros com o objetivo de expandir a quantidade e a qualidade dos tópicos relacionados à saúde bucal na primeira infância nos currículos da educação na área de saúde.	▪ Número de instituições de educação superior que expandiram os currículos na área de saúde para incluir tópicos do projeto ▪ Número de atividades de intercâmbio realizadas através deste projeto, e número de participantes, para com experiências de gestão do projeto.	
2.6 Desenvolvimento de atividades de			

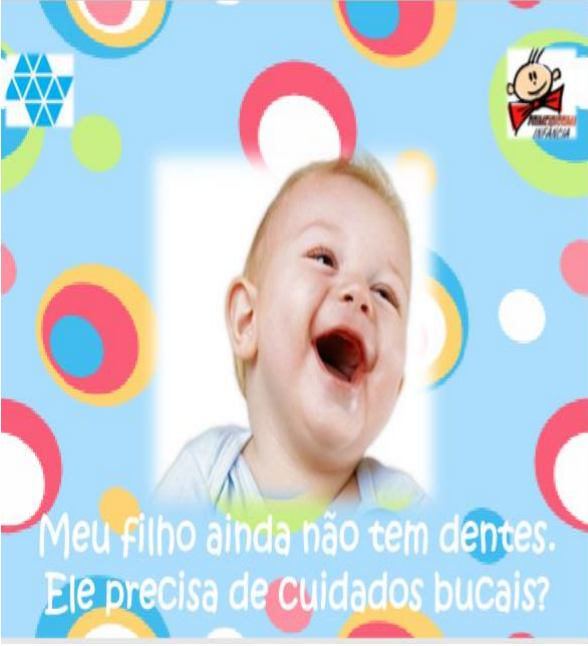
intercâmbio (<i>vistas in loco</i>) entre gestores e equipes diversas para que possam trocar experiências sobre suas diferentes realidades.			
--	--	--	--

ANEXO I – Quadro de Referência - Modelo de Promoção de Saúde Bucal na Primeiríssima e Primeira Infância. FOA-UNESP, 2018



ANEXO J - Aula Básica, 2019. Primeiríssima Infância

 Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho' Faculdade de Odontologia Campus de Araçatuba DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DISCIPLINA DE PROJETOS ESPECIAIS 2019 PROF. DR. WILSON GALHEGO GARCIA	 PROJETO SAÚDE DA BOCA NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA
---	--

 Meu filho ainda não tem dentes. Ele precisa de cuidados bucais?	 ALGUNS PRINCÍPIOS Esqueça a complexidade, se você quer eficiência. O projeto avaliará a taxa de retorno do investimento social.
--	--

ALGUNS PRINCÍPIOS

Esqueça a complexidade, se você quer eficiência.

O projeto avaliará a taxa de retorno do investimento social.

FOA/UNESP-Projetos Especiais

Dia: 17/04/2015 Período: Manhã

Local: _____

Matriciamento das gestoras, crianças, funcionárias com higienização bucal nas crianças anotando-se na lista de presença as crianças com cárie, a saber:

Série	Matriculadas	Presentes	Com cárie	%
5º C	26	19	11	57,7%
5º D	26	20	15	75%
4º F	26	15	09	60%
4º C	20	18	13	72,22%
4º B	19	19	14	73,68%
4º E	21	20	9	45%
2º F	20	16	10	62,5%
2º E	24	20	7	29,16%
2º G	22	19	10	52,63%
2º D	26	23	13	62,17%
4º E	20	17	8	47,05%
5º E	25	20	10	50%
4º D	23	20	9	45%
5º A	23	19	7	36,84%
3º E	25	21	9	42,85%
3º F	27	19	17	89,47%

PRINCÍPIOS

VAMOS TRABALHAR
COM POPULAÇÕES E
NÃO COM INDIVÍDUOS
ISOLADAMENTE

VAMOS TRABALHAR
COM AS MÃES
E
NÃO PARA AS MÃES

PRINCÍPIOS

AS EXPERIÊNCIAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA TEM EFEITOS DURADOUROS NA VIDA FUTURA TAIS COMO OS LIGADOS À AGRESSIVIDADE, AO CRIME, À SAÚDE, AO CIGARRO, AO ÁLCOOL, DROGAS, ETC...

DIFERENÇA ENTRE ABELHA RAINHA E OPERÁRIA: ALIMENTAÇÃO

PRINCÍPIOS

“PARA RESOLVER OS PROBLEMAS DE AGRESSIVIDADE, QUE SÃO PRINCIPALMENTE MASCULINOS, PRECISAMOS FOCAR NAS MULHERES. SE VOCÊ MELHORA A QUALIDADE DE VIDA DELAS, ISTO SERÁ TRANSFERIDO PARA A GERAÇÃO SEGUINTE”

RICHARD TREMBLEY. THE ACCIDENTAL EPIGENETICS. NATURE VOL.505, 2 DE JANEIRO DE 2014, P.14-17

Higiene bucal mesmo sem os dentinhos

Gaze ou fralda de pano limpa

Água filtrada



Passar a gaze ou a fralda por toda a boca da criança, limpando gengiva, bochechas, céu da boca e língua.





- Dentes nascem em uma boca limpa
- Estimular as gengivas
- Bom relacionamento com o hábito
- Preparo para escovação
- Tratamento odontológico



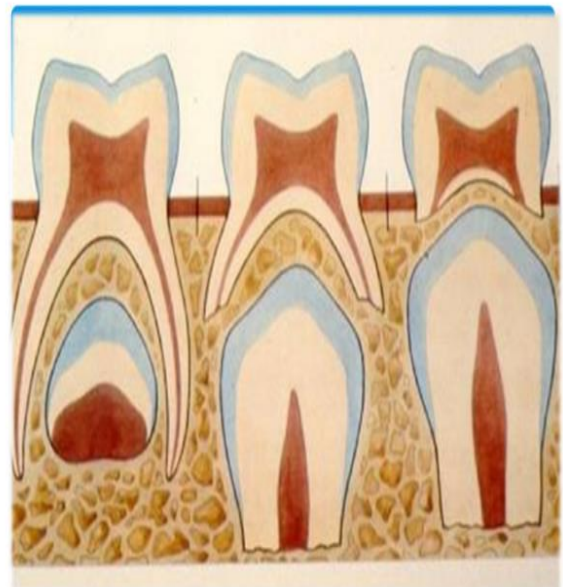
A língua é responsável pela auto limpeza da boquinha



Importância dos dentes de leite

- Guiam o nascimento dos dentes permanentes, que abrem os espaços para a dentição e são essenciais para uma boa mastigação, para a fala (fonética) e estética.
- A saúde dos primeiros dentinhos motiva a saúde dos dentes permanentes.

À partir de 1 ano de idade nascem os molares de leite e, aos 6 anos, os molares permanentes!



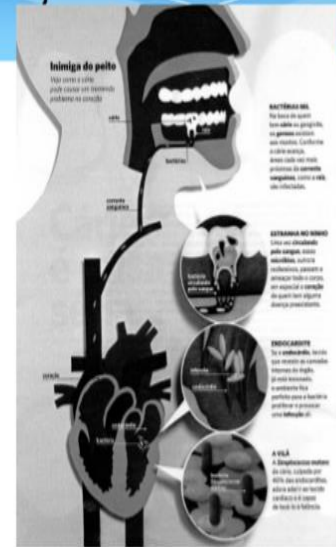
Cárie de mamadeira



CÁRIE É DOENÇA!

- Importante saber....

- Cárie pode causar problemas no **coração** se não tratada, portanto a **prevenção** é fundamental por esse e outros motivos!



SAÚDE DA BOCA E SAÚDE GERAL

Um ponto relevante no que diz respeito à ligação direta da saúde bucal com a saúde geral é a incidência de periodontite, que aumenta significativamente o risco de várias patologias, como aterosclerose, infarto cardíaco, derrame cerebral e complicações do diabetes.

Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Hospital odontology in Brazil. A general vision. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(2): 105-9

SAÚDE BUCAL E SAÚDE GERAL

Na gestante, a presença de periodontite aumenta o risco de o feto nascer com baixo peso. Em certos pacientes, a bacteremia causada por procedimentos dentais, mesmo a simples escovação dental, pode causar endocardite bacteriana. Diabetes, hipofosfatasia, imunodeficiências, distúrbios renais e câncer são exemplos de enfermidades que colocam o indivíduo em alto risco de doenças bucais – como cárie dental, gengivite, periodontite e mucosite, devido a um aumento de suscetibilidade do paciente.

Godoi APT, Francesco AP, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Hospital odontology in Brazil. A general vision. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(2): 105-9

Endometriose

Uma pesquisa da Universidade de Michigan, nos EUA, aponta, por exemplo, que 60% das mulheres que sofrem de endometriose (afecção inflamatória no endométrio) têm periodontite. Segundo o mesmo estudo, a maioria dessas pacientes convive com o quadro sem saber que o tem, por causa da falta de acompanhamento odontológico, desconhecendo a gravidade do problema, que vai desde o severo comprometimento estético, que inclui a perda de dentes, até o comprometimento da saúde sistêmica, como o diabetes e endocardite, por exemplo.

Existem outras maneiras de prevenir a cárie no meu filho, além da higiene bucal?

- Reduzir o consumo de doces, açúcares, refrigerantes entre as refeições;
- Reduzir as mamadeiras durante o período de sono noturno;



- Manter uma alimentação saudável;
- Não compartilhar escovas de dente, copos, mamadeiras e colheres;
- Não encostar a boca no bebedouro
- Evitar o beijo na boca da criança, assoprar o alimento e/ou comer do mesmo sanduíche ou talher;
- Consultas ao dentista.



Dever do agente comunitário:

- Ao perceber que a criança está com cárie, não negligenciar.
- Passar essas informações para mães, pais ou responsáveis, frisando a **importância** e objetivo da higienização principalmente no período noturno!
- Incentivar na criança bons hábitos de higiene bucal!
- Deixar claro para mães e pais que não adianta somente a creche ou o agente comunitário fazer a sua parte, o trabalho tem que ser contínuo em casa para que seja eficiente!
- **TRABALHAR COM AS MÃES E NÃO PARA AS MÃES!!!!**

É importante também... que **gestantes** tenham acesso a essas informações

- Portanto, **enfermeiras e agentes comunitárias**, é dever de vocês levar essas informações tanto para as futuras mamães, quanto para as mamães que acabaram de ter seu bebê, para que o bom hábito da higiene se inicie em casa!



ANEXO K - Palavras de Mariza Minari na Live 2

MINARI, MARIZA BIANCHI. 2020. COMUNICAÇÃO PESSOAL.

“Boa tarde a todos e todas, meu nome é Mariza, me sinto muito honrada de fazer parte deste evento para falar da parceria do Centro de Educação Infantil “Ana Souto Trevisan”, da cidade de Birigui, mantido pela Prefeitura Municipal, do qual sou diretora, com uma universidade pública tão renomada, como é a Faculdade de Odontologia da UNESP e que nos dá ampla assessoria acerca das pesquisas ainda em período de pandemia. Inicialmente gostaria de agradecer: a presença das autoridades aqui presentes: Sr. Luiz Miguel, Maria Fernanda, Maria Cristina; da educadora Letícia, a parceria da Universidade representada pela direção e a equipe do Sorriso Feliz, a secretária de educação de Birigui, os gestores e todos os profissionais da educação de Birigui que se empenharam para que o Projeto de “Fortalecimento da Atenção Básica à Saúde Bucal na Primeira Infância” se tornasse lei em nosso município.

Tem sido uma grande oportunidade contarmos com a parceria da FOA UNESP desde 2012 no CEI “Ana Souto Trevisan” por nos vermos em constante transformação. Viver este contexto de emergência, de incertezas, demanda parceria, empatia, solidariedade e uma grande capacidade de reinvenção. A tecnologia tem sido também uma grande aliada, apesar das dificuldades que temos com ela.

Temos constatado resultados satisfatórios, especialmente neste período de distanciamento social, quanto à compreensão da incorporação do hábito de higiene bucal para a promoção da saúde em geral de forma bastante efetiva, tanto pelos alunos, como por suas famílias.

Todos nós somos reprodutores de hábitos ao longo da vida e precisamos investir em ações pedagógicas na primeira infância para que tudo que for ensinado e aprendido faça sentido e transforme essas experiências vividas em capacidade para as crianças adquirirem autonomia e serem protagonistas para lidarem com os desafios da vida.

O intuito da escola deve ser sempre o de garantir práticas educativas na primeira infância que seja incisiva para a incorporação de hábitos saudáveis, que perpetuem na rotina diária das crianças, tanto em relação à higiene bucal, pessoal, alimentação saudável, de forma a dialogar com o desenvolvimento integral, com foco na saúde em geral e na qualidade de vida.

Presencialmente, por conta da possibilidade de estarmos próximos a essa universidade, recebemos da FOA a sua contribuição observacional, o seu conhecimento científico instrutivo e o desenvolvimento de estratégias para a solução de um grande problema social, que é a cárie.

Por meio do acompanhamento do mapa de cáries e a evolução destes resultados, atrelamos tais observações a ações pedagógicas diárias que precisavam ser garantidas em todos os ambientes e momentos da convivência social. Foi preciso evitar as possibilidades para a disseminação de doenças que se transmite pela boca e por isso nos orientavam, a ter foco: sobre a utilização dos bebedouros de forma adequada, de forma a evitar que as crianças colocassem a boca nas torneiras; Orientaram-nos: no armazenamento adequado das escovas; no uso de canecas personalizadas; na conduta de não assoprarmos a alimentação antes de oferecer aos alunos, dentre outras medidas. Tivemos a oportunidade de recebermos tais profissionais para a formação de nossos educadores em nossas reuniões de HTPC, com orientação aos pais nas suas respectivas reuniões e conforme especificidades de cada idade.

- Tivemos o privilégio de ser alvo de pesquisa acadêmica com vínculo no Canadá em junho de 2018 que, por meio de questionários aplicados para os pais e educadoras, estudou o impacto do Projeto Sorriso Feliz com relação às principais barreiras e os aspectos facilitadores para a manutenção da rotina de escovação dos dentes, tanto em casa, quanto na creche. Os resultados foram resumidos a fim de que desenvolvêssemos ações pedagógicas que fortalecessem os pontos que favorecem a incorporação do hábito de higiene bucal e combatêssemos e até eliminássemos os obstáculos e ainda estamos nos aprimorando neste processo.

O Centro de Educação Infantil “Ana Souto Trevisan” atende 130 alunos, distribuídos nas turmas de Berçário I: 15 alunos, Berçário II: 15 alunos, Maternal I: 25 alunos, Maternal II: 25 alunos, Pré I: 25 alunos e Pré II: 25 alunos em período integral. São turmas numerosas, como deve ser a realidade de todos os municípios, mas não pode ser um obstáculo para desenvolvermos um trabalho de qualidade. Temos sete grupos de WhatsApp no CEI, sendo um para cada turma de alunos e um para os docentes e gestão para tratar dos assuntos do dia a dia e da formação continuada (HTPC).

MATRÍCULA NO CEI “ANA SOUTO TREVISAN”

No momento da matrícula, já iniciamos nossos trabalhos “com” os pais e não “para” os pais, pois já esclarecemos sobre a parceria de nossa escola com a FOA/UNESP por meio do Projeto Sorriso Feliz. É feita a entrega de um **folder específico para a turma de Berçário**, o qual contém orientações sobre os cuidados com a higiene bucal do bebê de forma precoce. Orientamos para o uso da gaze ou fralda de pano limpa com água filtrada para o bebê até o nascimento dos dentes, cujo objetivo é tornar natural para o bebê o ato de limpar e higienizar a boca para que ocorra a adaptação.

Precisamos sempre direcionar o nosso olhar para o simples e não para o complicado, para o que dá para fazer.

Para os demais alunos, acima de 02 anos, é entregue um folder que evidencia a necessidade de higiene bucal na primeira infância, contendo, além dos 10 mandamentos para os pais quanto à saúde da boca na primeira infância, ilustrações de como escovar os dentes e língua por meio dos movimentos: bolinha, trenzinho, vassourinha e maneiras de prevenir as cáries na convivência social, observando regras de não se compartilhar objetos de uso pessoal na convivência social.

LEVANTAMENTO DAS CÁRIES PELOS PROFISSIONAIS E ALUNOS DA FOA/UNESP

No atendimento presencial, contamos com o levantamento de cáries pelos profissionais e alunos da FOA/UNESP, que são feitos por turma, com muito zelo e respeito, sem forçar a avaliação àqueles que oferecem resistência, uma vez que compreendem ser a boca, um local muito íntimo. Salientamos que esse ato pode ser muito bem conduzido por cirurgião dentista da rede de saúde da UBS relacionada à creche ou escola, mas o importante é a entrega desse mapa também para a escola. Por meio de registros, que compõem o prontuário dos alunos, a gestão escolar acompanha o aluno e dá ciência aos pais dos alunos que apresentam a cárie e os orientam a buscar atendimento odontológico e intensificar procedimentos diários de higiene bucal.

Os professores também têm acesso a tais resultados para buscarem estratégias pedagógicas que sejam mais adequadas, inclusivas e incisivas para seus alunos e suas famílias, com recursos pedagógicos de convencimento quanto à incorporação do hábito de higiene bucal para a saúde daquela criança,

uma vez que Cárie é doença e uma cárie num dente da frente, por exemplo, ou com dor num dente do fundo, pode impactar a criança para a sua inclusão social.

O afastamento social nos fez refletir e repensar as práticas escolares com foco na visão das demandas que o contexto atual nos apresenta, onde temos professores com seus filhos em casa, com a incumbência de conciliar num mesmo espaço as tarefas profissionais, domésticas e de assistir seus filhos também nas atividades escolares. Temos, por exemplo, alunos que estão sob a supervisão de avós para os pais trabalharem ou sob outras situações que dificultam atingir os objetivos de aprendizagem.

No atual contexto da pandemia, é comum os alunos entenderem o espaço de casa como um local de liberdade, como se estivessem “livres” da escola. No entanto, não podemos nos fixar nas dificuldades, e pensar nas oportunidades que a situação pode nos oferecer. Muitas crianças têm demonstrado que sentem falta da escola. Principalmente as crianças da educação infantil porque estão na fase de interação e de aprendizagem mútua, o que exige um olhar e atenção diferenciada por parte dos educadores ao propor atividades.

Ao planejar não podemos esquecer que as atividades devem estar alinhadas com a BNCC, com as competências (BNCC) reiteradas no Currículo Paulista. As atividades precisam ser divertidas, desafiadoras, estimulantes para as crianças. As crianças da educação infantil não aprendem com aquelas atividades de ficha (no papel), e sim com as experiências, que fazem sentido. Segundo as diretrizes curriculares nacionais para a educação Infantil, em seu artigo 9º, “as interações e brincadeiras” são os eixos estruturantes da Educação Infantil, o que torna a relação e a convivência presencial, essencial para garantir o desenvolvimento das crianças. Todos esses desafios do isolamento social, nos leva a pensar em métodos e estratégias que coloquem nossos alunos em interação com os professores, com outros alunos e com situações ativas de aprendizagem.

Para mobilizarmos nosso aluno para a aprendizagem, é fundamental que tenhamos foco em “como nosso aluno aprende”? Aprendem pelas experiências, pelas brincadeiras, e por meio delas constroem e apropriam-se do conhecimento, uma vez que propiciam um papel ativo durante as atividades, que geram significado para elas. Portanto, é imprescindível que as atividades planejadas potencializem a interação prazerosa das nossas crianças com suas famílias, atividades que movam nossos alunos pelo interesse, curiosidade de aprender e que favoreçam a relação

cooperativa com suas famílias. Atividades que realmente façam sentido para que busquem sua autonomia e seu protagonismo em sintonia com escolhas que promovam encantamento, bem estar, saúde e qualidade de vida.

ENTREGA DOS KITS DE HIGIENE BUCAL

O isolamento social e a entrega dos kits de higiene bucal patrocinados pela Colgate, nesse período de pandemia, foram vistos como uma grande oportunidade por nossas educadoras. A aproximação dos pais com suas crianças no cotidiano familiar, tornara-os, além de exemplos para os filhos, facilitadores da incorporação do hábito de higiene bucal.

Sabemos que a presença dos pais é bastante benéfica para naturalizar um estilo de vida mediante alimentação saudável e higiene adequada, visto que a criança tende a imitar o que vê, junto das pessoas com quem mais convive. Logo, os pais inevitavelmente são mediadores das intenções educativas produzidas pelas educadoras.

A entrega do kit foi um primeiro pretexto para esta finalidade, pois ela não foi entendida como uma mera doação, mas foi ressignificada pelas educadoras, além de permitir que colocássemos em ação o hábito de higiene bucal com o recebimento de uma escova nova.

Por sua vez, como referências positivas que são para seus alunos, as educadoras passaram a postar materiais nos grupos de WhatsApp de suas turmas, mostrando os itens que compõem o kit, a utilização correta de cada um e passaram a incentivar seus alunos para que produzissem vídeos com suas famílias, demonstrando o conhecimento aprendido com o folheto do Dr. Dentuço, que também faz parte do Kit. Foi a partir daí que as educadoras, por meio de músicas, vídeos produzidos por elas, brincadeiras, com uso de muitos recursos visuais, representaram o papel de facilitadoras da aprendizagem junto “com as famílias” e passaram a convencer as crianças, de forma divertida e lúdica, a integrarem gradativamente o hábito de higiene bucal, alimentação saudável, a ingestão de água de forma regular e vários outros conteúdos que se integram de forma interdisciplinar.

Os resultados gerados têm sido o fato das próprias famílias nos darem a devolutiva dos planos de aula propostos, postando fotos dos filhos, vídeos, depoimentos, os quais passaram a incentivar e contagiar comportamentos positivos em outros alunos, em outras famílias e também em outras educadoras que ainda não tinha

iniciado a mesma ação. Percebemos que havia famílias que não davam tanto foco e mérito ao assunto, crucial para a garantia de saúde e qualidade de vida desses futuros adultos.

Como exemplo desses resultados, identificamos muitos masterchefs produzindo pratos culinários saudáveis com todos os familiares presentes ou um irmão mais velho realizando a mesma atividade para incentivar o menor.

O assunto saúde bucal foi atrelado a conteúdos que se inter-relacionavam, trabalhados de forma contextualizada para que a criança tivesse visão do todo, como contextualizar o hábito de higiene bucal na rotina diária situada durante o dia ou durante a noite.

Todo o material produzido e pesquisado pelas professoras foi compartilhado pela direção e coordenação por grupos de WhatsApp das educadoras e isso fortaleceu e inspirou a iniciativa de novas produções.

Percebemos neste processo que é fundamental que **a manutenção do vínculo entre o professor e os alunos** sejam potencializados, por meio de plataforma, de aplicativos e redes sociais. Esse tempo de contato do educador com o aluno não deve se limitar somente à entrega e explicação sobre as atividades e rotina diária. Devemos propiciar **espaços para escuta do aluno, dar voz a este aluno**. Não podemos esquecer-nos da importância da interação, de suscitar e provocar perguntas nos nossos alunos, estes elementos mobilizam a curiosidade e o interesse para uma aprendizagem significativa. Os vídeos produzidos pelos professores devem trazer elementos interativos, como: fundo animado, entonação de voz e perguntas que tragam o aluno para se inserir na proposta e recursos utilizados no presencial, como: materiais coloridos que representam o concreto, varal para contação de histórias e outros necessários para provocar a atenção e o interesse das crianças por meio dessa integração do online e off-line.

O aluno da Educação Infantil é muito visual. Outra ação importante para trabalhar a higiene bucal e outras atividades que precisam ser sistematizadas e integradas no dia a dia da criança, é “fazer junto” com seu aluno, o quadro de rotina diária, para ajudá-lo a se organizar como é feito na escola, e entender que tudo tem seu tempo para ser feito. E na sequência pode se fazer uma avaliação com as crianças no final do dia, em que sejam colocados para pensar e responder se conseguiram realizar todas as atividades que precisariam realizar, como foram os resultados, como poderiam fazer melhor.

Sabemos que trabalhar a higiene bucal de maneira contextualizada na creche ou escola não é uma atividade inovadora, mas propor projetos pedagógicos de forma a incorporar e perpetuar hábitos de higiene bucal na rotina diária de nossos alunos, dentro de seu contexto familiar, nos parece inovador. Tais métodos vislumbram enxergarmos longe, pois certamente gerarão transformação social, não só do ambiente escolar, mas de condutas de famílias inteiras, com reflexos na saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos. O impacto econômico disso tudo futuramente poderá ser enorme.

- “PRIMEIRA INFÂNCIA” - ETAPA DECISIVA DA FORMAÇÃO HUMANA

Nós, educadores da infância, assistimos nossos alunos em sua fase decisiva da formação humana, e sabemos o quanto nossas ações vão influenciar e impactar nos próximos anos de vida. Contudo, para que ocorram aprendizagens que façam sentido para a vida, mudanças no processo de ensino e aprendizagem devem ser iniciadas desde a primeira infância, a fim de que, já na primeira etapa da educação básica, seja possível contribuir para a formação de indivíduos críticos e reflexivos, capazes de entender a globalidade e, principalmente, a si próprio e, depois, ao outro. Ao buscarmos o seu desenvolvimento integral, pensamos num futuro melhor para eles. Precisamos continuar trabalhando juntos para que as pesquisas realizadas pela universidade pública desencadeiem esforços na busca de métodos que priorizem a saúde, a educação e a qualidade de vida de nossas crianças, tanto nos centros de educação infantil, quanto nas suas casas, junto as suas famílias.

- LEMBREM-SE: “CADA EDUCADOR É REFERÊNCIA NA VIDA DE SEUS ALUNOS, E MUITAS VEZES, A “ÚNICA” OU A “PRINCIPAL REFERÊNCIA”.

E por isso, a ideia de que podemos auxiliar na criação de hábito de higiene bucal deve ser comprada por todos nós. O momento exige que sejamos cada vez mais reflexivos e críticos, com um olhar voltado para “as condições que temos”, para a oportunidade de gerarmos uma nova realidade.

- Por fim, a pandemia do COVID -19 veio nos ensinar que precisamos compartilhar conhecimentos de todas as áreas, que precisamos de políticas públicas que promovam a integração da educação, da saúde, com a área social. Com apoio das universidades públicas, poderemos atender os desafios e demandas científicas, psicológicas, sociais, éticas, estéticas e educativas para nos fortalecermos de forma

que os investimentos que são direcionados para a tragédia da boca, sejam conduzidos para áreas da estética da boca e outras políticas mais sustentáveis que dependam de uma educação de qualidade desde a primeira infância.

Agradecemos de forma muito especial e parabenizamos o empenho de todas as educadoras que fizeram esse trabalho valoroso e a colaboração dos pais, que se comprometeram em trabalhar de forma cooperativa para que possamos nos fortalecer no compromisso de transformar a nossa sociedade. Agradecemos também a inter-relação que estamos tendo com educadores de outras cidades compartilhando materiais pedagógicos. O foco não é quem faz melhor, mas como fazemos para que a união e a contribuição de todos os profissionais de educação dos municípios envolvidos, possam contribuir no aprimoramento deste processo, e na criação de práticas cada vez mais arrojadas e inovadoras para serem disponibilizadas e compartilhadas em prol do fortalecimento da perpetuação do hábito de higiene bucal com consciência crítica.

Colocamos a produção dos trabalhos desenvolvidos por nossa escola à disposição de todos, para que as trocas possam permitir o aprimoramento progressivo de práticas que atendam os protocolos que já estão definidos para o retorno das atividades escolares presenciais.

Precisamos pensar e agir como coletividade para vencermos todos os desafios que ainda estão por vir. Que a união e o esforço conjunto para criação de práticas que atendam os desafios do atual contexto visando a qualidade de ensino na primeira infância e a transformação da realidade social, sejam contagiantes e permanentes e o único vírus a contaminar o mundo!

Obrigada!"

ANEXO L - Leticia

Boa tarde!

Meu nome é Letícia, sou educadora na rede municipal do município de Birigui no Centro de Educação Infantil Ana Souto Trevisan, que realiza em parceria com a FOA o projeto Sorriso Feliz.

Agradeço a oportunidade de falar um pouco da nossa prática educacional neste período de distanciamento social.

Nós educadores sabemos como o ambiente educativo pode promover mudanças, desenvolver habilidades e incorporar novos hábitos na vida de nossos alunos, e de forma repentina nós nos vimos dentro de uma situação adversa na qual foi preciso refletir sobre a nossa prática educacional, pontuar as dificuldades e pensar as oportunidades que o novo contexto nos oferecia.

Precisávamos chegar até nossas crianças, mesmo dentro de um cenário tão atípico a todos nós, precisávamos tornar real e significativo o processo de desenvolvimento integral dos nossos alunos.

Então nos educadoras começamos a nos mobilizar, e buscamos estratégias que direcionassem a nossa nova realidade, nos fortalecesse! Sentíamos que somente com muita interação e afetividade com os alunos e suas famílias conseguiríamos atingir nossos objetivos de aprendizagens. Passamos a direcionar nossos olhares para o que poderia dar certo e focamos em como despertar, motivar e fazer desse aluno protagonista de todo processo.

Percebemos que as mídias sociais, atrelados com nossos conteúdos e objetivos de aprendizagens, trariam resultados positivos, pois recebemos devolutivas positivas da família logo no início dessas ações, visto que as crianças sentiram a proximidade e os vínculos fortalecem o processo educativo. A nossa figura é de grande importância para nossos alunos dado que eles nos veem como referências para suas futuras ações.

Tínhamos uma missão, uma causa pertinente para lutar, que é a Saúde Bucal na primeira infância. Quando as aulas foram interrompidas em março, nós estávamos em um momento lindo do projeto fomos ministradas e direcionadas pela Dra. Alessandra, a nossa equipe tinha acabado de receber direcionamentos específicos sobre o problema social que é a CÁRIE, e o quanto este tem impacto na qualidade

de vida do ser humano. Recebemos orientações preciosas de como atuar de forma a desenvolver hábitos saudáveis na saúde bucal dessas crianças.

Estávamos com nosso planejamento pronto e daríamos início ao trabalho que já entendíamos que seria contínuo, de repente nos vimos responsáveis a replanejar tudo sem deixar a essência do projeto se perder.

Agora o nosso ambiente educativo era o lar das nossas crianças, dependíamos mais do que nunca da credibilidade e apoio das famílias para que o projeto se fortalecesse dentro de cada lar. Passamos a investir em ações pedagógicas que fortalecessem a interação do nosso trabalho: Realizamos contações de histórias, sempre usando recursos pedagógicos, produzimos esses recursos, enviando recurso para produção da criança, colocando-os como protagonistas do processo de Saúde e Higiene Bucal, e também passamos a realizar a produção dos vídeos que veio como uma chave para que o projeto criasse forças e gerasse a conscientização, e a mudança de hábitos. Enfrentamos nossas limitações, a nossa falta de habilidades no mundo digital, e a timidez diante das câmeras, que sempre foi um dos grandes desafios, porém tentamos não nos apegarmos ao que não tínhamos, mas no impacto que aquelas ações gerariam em nossas crianças.

O desenvolvimento do projeto em tempos de pandemia foi ressignificado, começamos a perceber que as mídias sociais oportunizaram o fortalecimento do projeto Sorriso feliz, visto que famílias e alunos estavam diretamente ligados as atividades oferecidas e essa participação contribui de maneira positiva, e a ação antes direcionada a criança passou a abranger todo o contexto familiar.

Nosso objetivo sempre foi a mudança positiva nos hábitos de higiene bucal desenvolvendo a prevenção adequada evitando problemas de saúde.

Direcionamos as atividades para incorporação da higiene bucal em suas rotinas diárias e desenvolvemos o projeto atrelado aos conteúdos de cada bimestre. Ressignificamos a entrega dos kits de higiene Bucal, buscamos juntamente com a gestão dar uma importância real para o material recebido, enviamos histórias e mostramos a importância daquele kit para as famílias e para nossas crianças. A parceria com a família foi ferramenta indispensável em todo processo.

Trabalhamos alimentação saudável e os alimentos que podem ajudar na saúde bucal. Dia e Noite reforçando os horários principais para escovação. O conhecimento do corpo humano, a fim de construir sua identidade e despertar o cuidado da higiene bucal e pessoal. Foi com músicas, paródias, vídeos explicativos,

instruções de armazenamento dos kits, brincadeiras e movimentos lúdicos na escovação que fomos tecendo nosso trabalho. O pedido dos registros tornou as ações frequentes e começamos colher os frutos do trabalho.

Ao trabalhar o meio ambiente nossas crianças deram devolutivas de ações positivas para o meio ambiente e as ações desenvolvidas com o projeto estavam embutidas na rotina de nossos alunos, a economia de água repercutiu no momento da escovação, uma vez que veio à tona o fato de que a torneira não deveria ficar aberta durante este ato. Observamos então a incorporação dos hábitos no contexto familiar de forma contextualizada e crítica, acerca de todos os fatores que promovem qualidade de vida e sustentabilidade.

É importante ressaltar a relevância de pesquisas científicas como a que originou o Projeto sorriso feliz, e o compromisso social de todos os envolvidos na disseminação dessas informações, pois somente a partir dessas ações, que podemos fazer a diferença e mudar de forma positiva tantas vidas e tantas realidades, eu considero que só com muita busca, muito conhecimento e muita afetividade embutida no que fazemos que poderemos fazer verdadeiramente a diferença e mudar um contexto social!

Dona Mariza, essas são palavras que gostaria de falar, provavelmente nem tudo sairá como o script, me sinto bem insegura quanto a fala, ainda vou buscar a essência de tudo que quero falar, resumir, ser mais objetiva!

ANEXO M - Galhego Garcia – Live Sorriso Feliz em Tempos de Pandemia (2020)

**Live do projeto SORRISO FELIZ
em tempos de pandemia**

Fortalecimento das ações de atenção primária à saúde bucal na primeiríssima e primeira infância

Sorriso Feliz e equipe apresentam no **Dia 25/08/2020 - a partir: 14:00 hrs**
Canal do Youtube: <http://youtube.com/unespimprensa>



Prof. Tit. Wilson Galhego Garcia
Coordenador do Sorriso Feliz



Profa. Dra. Alessandra Marcondes Aranega
Tutora do Programa de Educação Tutorial da FOA-UNESP



Mariza Bianchini Pontes Minari
Diretora de Creche Píloto
CEI Ana Souto



Luiz Miguel Martins Garcia
Presidente da UNIDIME
Dirigente Municipal de Educação de
Sud Mennucci/SP



Dra. Maria Fernanda de Montezuma Tricoli
Área Técnica da Saúde do
Estado de São Paulo





Projeto Sorriso Feliz em tempos de pandemia

9.033 visualizações • Transmitido ao vivo em 25 de ago. de 2020

 565
  12
  COMPARTILHAR
  SALVAR
 ...



Unesp Oficial

7,85 mil inscritos

INSCRITO

A criação do Sorriso Feliz partiu de uma série de reflexões conjuntas de professores e alunos de odontologia, educadores de creche e agentes da Pastoral da Criança, ao percebermos o buraco, a lacuna que existe nas ações de saúde voltadas à primeiríssima infância. Essas reflexões, que buscam tornar-se a família e a creche um lugar seguro para a vida e a segurança de nossas crianças, transformaram-se em desafios que decidimos enfrentar. Esses desafios formam uma rede, mas por razões didáticas são apresentados de forma linear.

O primeiro desafio é de que o Sorriso Feliz fosse voltado às populações e não a indivíduos isoladamente, como é o trabalho tradicional na odontologia, um paciente de cada vez na cadeira. É um gargalo semelhante ao encontrado pelos usuários do SUS nas consultas médicas. Nesse aspecto foi de fundamental importância a inspiração e as sugestões da Dra. Bárbara Starfield, mentora dos sistemas de prevenção do Brasil e do Canadá, com quem trabalhamos em Istambul tentando reorganizar o sistema de saúde dos países balcânicos (Turquia, Albânia, Bósnia,

Herzegovina, Macedônia, Bulgária, Sérvia, Kosovo, Eslovênia, Moldávia, Romênia, Croácia e Montenegro). Na época ela nos alertou sobre a equidade em saúde no trabalho com populações. Igualmente importante foi a observação do trabalho da Pastoral da Criança na figura de sua fundadora D. Zilda Arns, nominada para o Nobel em função de seu trabalho. Assim, os alunos acompanhados de um dentista e dos agentes comunitários vão até as creches matriciando as educadoras e trabalhando com as crianças. O agente comunitário de saúde já capacitado continua o trabalho com as famílias, notadamente as que não conseguiram vagas em creches.

O segundo desafio é o de que o Sorriso Feliz tivesse uma estrutura ágil, com voluntários, praticamente sem custos, pois estávamos impactados pela falência de projetos mal sucedidos por não considerarem os custos.

O terceiro desafio é o de que fosse facilmente replicável. E ele o é! A maior prova foi sua implantação em Roraima, em plena pandemia, entre refugiados venezuelanos e etnias indígenas. Enviamos a aula básica que usamos em creches para ser adaptada à realidade local. Kits de saúde bucal da Colgate chegaram até lá nas asas da FAB. Os folhetos explicativos foram traduzidos para o espanhol em parceria com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) e os voluntários da “Fraternidade Federação Humanitária Internacional” estão realizando o trabalho entre mães, educadores e agentes de saúde nas comunidades não só entre os refugiados, mas também entre os indígenas de Sorokaima e Bananal da etnia Taurepang. Mesmo em tempos de pandemia chegamos a 60 cidades e distribuímos aproximadamente 100.000 kits.

O quarto desafio é fazer com que o conhecimento já acumulado sobre saúde da boca chegue até às mães. Nesse caso, trilhamos dois caminhos. UM PRIMEIRO, voltado às origens éticas da Pedagogia, ao método e à organização escolar, resultando em professores críticos, produtores de conhecimento e não meros repetidores. Esses educadores e educadoras tem produzido valioso material didático com as mães e pais e não para as mães e pais. Trabalhar COM e não PARA faz toda a diferença. O acervo já produzido de jogos, cartilhas, vídeos curtos, horas de história entre outros, atestam a enorme capacidade criativa e resiliência de nossas famílias. UM SEGUNDO caminho é voltado ao trabalho de formiguinha dos agentes comunitários de saúde e aos trabalhadores das UBSs. Os agentes comunitários de saúde chegam até às crianças fora das creches e até as mães. Eles são a linha de

ataque no enfrentamento de doenças e promoção de saúde da boca, quando convenientemente equipados.

Ao refletirmos sobre a tragédia que a falta de cuidados com a boca traz, ficamos impressionados com o fato de 36% das mortes por problemas cardíacos tem relação com a boca. O coração mata mais que o dobro de todos os tipos de câncer juntos e 6,5 vezes mais que todas as infecções. Isto sem contar com outras doenças provocadas ou agravadas pela falta de higiene da boca, como diabetes, endometriose,

A falta de higiene adequada da boca é uma causa. Mas precisamos ir mais fundo e ver quais são as causas das causas, que em linhas gerais são a pobreza, o estresse, os fatores hereditários e a falta de acesso a sistemas de saúde e de educação com qualidade. E aqui uma reflexão se impõe: como formar educadores que trabalharão com crianças o dia todo em creches e escolas do fundamental sem que eles aprendam a trabalhar com higiene da boca? Boa parte de nossos cursos de Pedagogia ensinam teorias sobre aula, mas não como efetivamente ministrar aulas. E não é por falta de legislação, de orientação legal, senão vejamos:

A Base Nacional Comum Curricular, nos objetivos de aprendizagem e desenvolvimento para a Educação infantil, no Campo de Experiências Corpo, Gestos e Movimentos, deixa claro que já os bebês precisam participar do cuidado do seu corpo e mais adiante, de 1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses, precisam demonstrar progressiva independência no cuidado do seu corpo. É sim obrigação do educador ou educadora supervisionarem a escovação, para que a criança tenha autonomia e adote hábitos de auto cuidado relacionados a higiene, alimentação, conforto e aparência. A mesma preocupação pela autonomia, com as dimensões entre outras, física, psicológica, intelectual e social está presente nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Pedagogia na aplicação, em práticas educativas, de conhecimentos de processos de desenvolvimento não só de crianças, mas também de jovens e adultos. Na mesma linha, a Lei 12.257 de 8 de março de 2016 diz que a atenção odontológica à criança terá função educativa, protetiva e será prestada, inicialmente antes de o bebê nascer. Vê-se aqui, claramente a necessidade de integração de políticas públicas voltadas à primeiríssima infância e à gestante, entre outras. A insistência no físico, na aparência remete à seguinte reflexão: imaginemos como será a nossa vida sem um

dente da frente. Imagine como é a vida de um jovem desdentado por falta de informação.

Quando trabalhei estudando plantas medicinais entre os Kayová, na fronteira Brasil Paraguai na década de 70, aprendi com o guarani Tupã-i, (que devolveu a Bíblia ao Papa João Paulo II em Manaus), de que somos pontos luminosos e que precisamos nos unir para formar um foco de luz. Estamos vendo agora estátuas sendo derrubadas, biografias sendo reescritas com tintas negras. Espero que no futuro, nossas crianças, ao olhar o passado, possam dizer: sou saudável, não sofro do coração! Alguém lá atrás, uma professora, um agente comunitário de saúde, um dentista da rede, ensinou minha mãe a cuidar da minha boca. Alguém foi até a creche e deixou lá além do conhecimento, uma escova. Espero que esses pontos de luz, que são vocês, juntos, formem um clarão e escrevam com letras douradas um capítulo de saúde na vida de todos nós!!

ANEXO N - Galhego Garcia – Live Sorriso Feliz/CCI-UNESP (2020)

SORRISO FELIZ/CCI-UNESP
Fortalecimento das ações de atenção primária à saúde bucal
na primeiríssima e primeira infância

- Sorriso Feliz e equipe apresentam no **Dia 30/09/2020** a partir das: **14:00 hrs**
- Canal do Youtube: <http://youtube.com/unespimprensa>



Dra. Maria Cristina Pereira Lima
Diretora da Faculdade de
Medicina de Botucatu



Prof. Tit. Wilson Galhego Garcia
Coordenador do Sorriso Feliz



Dra. Alessandra Marcondes Aranega
Tutora do Programa de Educação
Tutorial da FOA-UNESP



Mariza Bianchini Pontes Minari
Equipe CEI Ana Souto



Luiz Miguel Martins Garcia
Presidente da UNDIME
Dirigente Municipal de Educação
de Sud Mennucci/SP



**Dra. Maria Fernanda
de Montezuma Tricoli**
Área Técnica da Saúde do
Estado de São Paulo

 **unesp** 

SORRISO FELIZ/CCI-UNESP: AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRÍSSIMA E PRIMEIRA INFÂNCIA

7.583 visualizações • Transmitido ao vivo em 30 de set. de 2020

 464
  10
  COMPARTILHAR
  SALVAR
 ...


Unesp Oficial
7,85 mil inscritos

INSCRITO 

É uma honra estar com vocês hoje, que tem se mostrado resilientes e resolutos em meio a essa pandemia. Vocês são um modelo e eu agradeço a vocês, que buscam formas melhores para tornarem as creches e as famílias como porto seguro, como um lugar positivo para o aprendizado e a saúde de nossas crianças. Todos temos consciência de que este porto seguro, livre de cáries e do cortejo de doenças que as acompanham, tais como as doenças cardíacas e reumáticas, precisam estar alicerçadas em um sistema de ensino sério, envolvendo o cumprimento do que preconizam as diretrizes curriculares de pedagogia, a Base Nacional Comum Curricular e a Lei Federal 12.257 de 8 de março de 2016.

A Base Nacional Comum Curricular, nos objetivos de aprendizagem e desenvolvimento para a Educação infantil, no Campo de Experiências Corpo, Gestos e Movimentos, deixa claro que já os bebês precisam participar do cuidado do seu corpo e mais adiante, de 1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses, precisam demonstrar progressiva independência no cuidado do seu corpo. É sim obrigação do educador ou educadora supervisionarem a escovação, para que a criança tenha

autonomia e adote hábitos de autocuidado relacionados à higiene, alimentação, conforto e aparência. A mesma preocupação pela autonomia, com as dimensões entre outras, física, psicológica, intelectual e social está presente nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Pedagogia na aplicação, em práticas educativas, de conhecimentos de processos de desenvolvimento não só de crianças, mas também de jovens e adultos.

Na mesma linha, a Lei 12.257 de 8 de março de 2016 diz que a atenção odontológica à criança terá função educativa, protetiva e será prestada, inicialmente antes de o bebê nascer. Vê-se aqui, claramente a necessidade do trabalho com a gestante e o trabalho nas UBSs, com a integração de políticas públicas voltadas à primeiríssima infância. Nas determinações legais, a insistência no físico, na aparência remete à seguinte reflexão: imaginemos como será a nossa vida sem um dente da frente. Imagine como é a vida de um jovem desdentado por falta de informação. Temos, portanto, um conjunto de determinações legais que amparam e orientam o trabalho de todos nós com as crianças, tanto nas creches, como nas UBS ou na Estratégia Saúde da Família. Aqui outra reflexão se impõe: ao refletirmos sobre a tragédia que a falta de cuidados com a boca traz, ficamos impressionados com o fato de 36% das mortes por problemas cardíacos tem relação com a boca. O coração mata mais que o dobro de todos os tipos de câncer juntos e 6,5 vezes mais que todas as infecções. Isto sem contar com outras doenças provocadas ou agravadas pela falta de higiene da boca, como diabetes, endometriose etc.

Se você quer as histórias reais das creches e do que acontece nas famílias, você precisa ir até elas, vendo o que educadoras e educadores, pais e mães estão aprendendo e ensinando. Temos visto ao lado da perplexidade que ainda nos atinge, que a educação é possível, mas temos que estar preparados para responder a questões concretas. A palavra chave no projeto Sorriso Feliz é simplicidade. É essa simplicidade que tem atraído a atenção de estudiosos do Canadá e de Israel (anexo N) quando vislumbram a aplicação em países do Extremo Oriente e Oriente Médio, com bilhões de habitantes e nos quais tecnologias sociais complicadas são de difícil aplicação. Dentro dessa simplicidade, o Sorriso Feliz opera da seguinte maneira: os alunos de odontologia, acompanhados de um dentista da rede e dos agentes comunitários da área vão até as creches matriciando as educadoras e trabalhando com as crianças. O agente comunitário de saúde já capacitado continua o trabalho com as famílias, notadamente as que não conseguiram vagas em

creches. Onde não há faculdade de odontologia, o dentista da rede desempenha a função, mas temos que explorar sempre a possibilidade de trabalharmos com estagiários de odontologia, medicina e pedagogia, uma vez que por lei há a obrigação do estágio em ações de extensão. No caso da pedagogia, os cursos precisam se preocupar com a formação de um profissional que vai interagir talvez o dia todo com a criança e que precisa em Ciências da Saúde ter formação na higiene bucal.

Não é possível uma criança ficar em tempo integral na escola sem fazer a higiene bucal. Importante é a família de imediato saber se a criança tem cárie, para procurar resolver o problema. Isto é feito com uma avaliação de risco muito simples, que mostra se a criança tem ou não cárie. Os resultados são sempre discutidos com os pais na reunião mensal, de forma ética e as instruções, fazem parte rotineira do conteúdo escolar. Em tempos de pandemia, produzimos um vídeo breve, com todas as instruções. As educadoras passaram para os pais e eles produziram material educativo em casa, com as crianças.

E assim, estamos produzindo valioso material didático com as mães e pais e não para as mães e pais. Trabalhar COM e não PARA faz toda a diferença. O acervo já produzido de jogos, cartilhas, vídeos curtos, horas de história entre outros, atestam a enorme capacidade criativa e resiliência de nossas famílias. Sem esquecermo-nos de reforçar UM SEGUNDO caminho voltado ao trabalho de formiguinha dos agentes comunitários de saúde e aos trabalhadores das UBSs. Os agentes comunitários de saúde chegam até às crianças fora das creches e até as mães. Eles são a linha de ataque no enfrentamento de doenças e promoção de saúde da boca, quando convenientemente equipados.

O Sorriso Feliz é voltado às populações e não a indivíduos isoladamente, como é o trabalho tradicional na odontologia, um paciente de cada vez na cadeira. Tem uma estrutura ágil, com voluntários, praticamente sem custos. Faz com que o conhecimento acumulado chegue de maneira democrática até as famílias e é facilmente replicável. E ele o é! A maior prova foi sua implantação em Roraima, em plena pandemia, entre refugiados venezuelanos e etnias indígenas. Enviamos a aula básica que usamos em creches para ser adaptada à realidade local. Kits de saúde bucal chegaram até lá nas asas da FAB. Os voluntários da Fraternidade Federação Humanitária Internacional estão realizando o trabalho entre mães, educadores e agentes de saúde nas comunidades não só entre os refugiados venezuelanos, mas

também entre os indígenas de Sorokaima e Bananal da etnia Taurepang. Os folhetos explicativos foram traduzidos para o espanhol em parceria com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR). No total, mesmo em tempos de pandemia chegamos a 67 cidades e distribuímos mais de 100.000 kits de saúde bucal.

Em suma: estamos diante de uma janela de inovação social, criando um ambiente que favorece a vida, com uma política de indução ao desenvolvimento social de boas práticas necessárias para todos, vulneráveis ou não e que empodera não só os educadores, mas também as famílias compartilhando a responsabilidade social por todos. A adoção de soluções simples e efetivas para atacar as raízes do acesso desigual à saúde. Essa janela se abriu graças à sensibilização de inúmeros atores comprometidos com a causa aos quais agradeço em nome de milhares de crianças a serem beneficiadas:

Cirurgiã Dentista Maria Fernanda de Montezuma Tricoli, Coordenadora da Área de Saúde Bucal do Estado de São Paulo, pelos seus esforços em incluir as ações voltadas à primeiríssima infância na avaliação de risco e torná-la política de estado, ao Luiz Miguel da Undime por desafiar-nos a expandir o projeto nas 43 cidades do Noroeste e Extremo Noroeste Paulista fazendo um piloto para uma live como esta, a supervisora do CCI de Ilha Solteira Luciana Antiqueira pela ideia inicial de uma aula para 9 pessoas que se transformou nessa live, a Gislene, supervisora de Botucatu por ter arrastado toda a Educação na figura do secretário, Prof. Valdir Paixão e a Faculdade de Medicina de Botucatu, A Dra. Maria Cristina Lima, diretora da Medicina de Botucatu com quem já trabalhamos na África enfrentando situações literalmente explosivas e que traz todo o peso e o apoio de uma medicina de primeira linha.

Não posso esquecer a prata da casa a Dra. Alessandra Aranega que tem feito a maior parte do trabalho e o bolsista Proex Marco Picolini, que tem produzido com paciência os vídeos de apoio e a diretora Marisa Bianchi Minari da creche piloto Ana Souto, que tem trabalhado o Sorriso Feliz com não só na creche, mas também com as famílias. Eles sempre procuram trazer-me à realidade, sem cortar as asas da imaginação. Igualmente gratidão ao nosso diretor, Dr. Glauco e ao pessoal da Informática que torna possível essa live, André Contel, Antônio Netto e Roberto Rodrigues. E as nossas crianças, razão de nosso trabalho, esperando que no futuro

estejam protegidas de tantas doenças facilmente evitáveis se trabalharmos todos com responsabilidade.

Obrigado a todos os demais e passo a palavra, com minhas homenagens.

ANEXO O - Resumo de Proposta encaminhado ao Dr. Rajendra Baikady, Universidade Hebraica de Jerusalém

Simplicity in strengthening children's oral health: Toward community's changes in caring habits.

Abstract

Primary health care initiatives that promote healthy childhood development are challenged to adopt simple, portable, easy, and effective solutions to address the root causes of unequal access to care. This chapter describes a unique learning-service experience that was launched in 2012 by a Faculty of Dentistry and engaged almost 150 undergraduate students. The special project, "Happy Smile," addresses several social determinants of health for early childhood oral health and helps them overcome health inequities; these social determinants of health could jeopardize the capacity of children to achieve health and well-being. Framed by the Canadian Population Health Promotion Model, this chapter reports the major multidimensional social impacts and subsequent changes triggered by this project, which was pioneered by a health anthropologist as a health promoter. The project was conceived as a simple implementation and delivery in nurseries, kindergartens, and elementary schools affiliated to the municipal government's system of education and health care for children aged from 4 months to 5 years old. The project has since acquired an interesting portable nature in the recent years. It has been triumphant in promoting children's oral health in the 5 integrated proposed areas for health promotion. The project (a) substantiates the proposal and adoption of healthy policy development with expansion to a regional, interstate-wide context; (b) reorients services for pregnant women and new mothers, children's health, and education services including primary health services provided by community health agents to reach all children in the community; (c) establishes and maintains a supportive, collective environment with consolidated links with professional, political, media, philanthropic, and industry stakeholders, as well as military forces; (d) strengthens community action by empowering students, volunteers, early childhood educators, and civil society in the process of "training the trainees" who are becoming knowledge multipliers and brokers in several other Brazilian communities; and (e) develops personal skills and capacities of children and their parents and caregivers by enhancing their health literacy on the dyad oral-general health. To date, the

project has reached more than 200,000 children in more than 72 locations in urban and rural areas. Main social impacts include: children's social inclusion and care continuity; knowledge-empowered caregivers (mainly both parents) who equalize a child's care despite socio-economic disparities because their skills to implement care is imbricated by their political awareness and shared social responsibility with the school/health system; and, parents' spontaneous production of educational material for online context.

ANEXO P - Mitacs



O que aprendemos sobre o papel de Mães, Pais e Educadores na higiene bucal das crianças?



Durante a pesquisa acadêmica sobre o impacto do projeto Sorriso Feliz nas CEIs de Birigui, perguntamos a mães, pais e educadores quais são as principais barreiras, e também os fatores que mais ajudam a manter a rotina de escovação dos dentes com as crianças, em casa e na creche.

Nosso objetivo era entender o que influencia a integração do hábito de escovar os dentes. Com essa informação, esperamos inspirar novas atividades que levem em consideração a rotina das famílias, e ajudem pais e mães a incorporar a escovação no dia-a-dia. Veja o que descobrimos:

MÃES E PAIS

Fatores que dificultam:

1. Falta de suporte de outras pessoas da casa, que ficam com a criança quando os pais estão no trabalho.
2. Falta de tempo com a criança, para ensinar o hábito.
3. Modelo autoritário de disciplinar a criança, mandando escovar, ao invés de tornar o momento interessante ou divertido.

Fatores que ajudam:

1. Escovar os dentes junto com a criança, servindo de modelo.
2. Usar os irmãos mais velhos como modelo para inspirar os filhos menores.
3. Utilizar o espelho para despertar o interesse da criança.
4. Recompensar a criança com alguma atividade ou limitar alguma atividade.
5. Utilizar escovas coloridas e pasta de dente infantil com sabor agradável.
6. Estabelecer rotina com escovação sempre nos mesmos horários.
7. Ter o apoio do trabalho de escovação ou aula sobre higiene bucal da creche.

EDUCADORES

Fatores que dificultam:

1. Ter muitas crianças na mesma turma sob a responsabilidade de uma ou duas educadoras.
2. Tempo curto dentro da rotina de atividades devotado à higiene oral.
3. Espaço inadequado: poucas pias, banheiro pequeno, pias altas, falta de espelho.
4. Falta de continuidade da rotina de higiene oral em casa.

Fatores que ajudam:

1. Utilizar músicas e brincadeiras para envolver as crianças durante a higienização.
2. Aproveitar o fato de que as crianças tendem a imitar umas às outras, na hora da escovação.
3. Ter tempo na rotina para a escovação sempre nos mesmos horários.
4. Ter espaço adequado para a escovação.

Agradecemos a todas as CEIs participantes, e principalmente a todas as mães, pais, educadores, agentes comunitários de saúde, dentistas e gestores que nos ajudaram nesse trabalho!
Muito obrigado!

ANEXO Q - Convite para reunião de integração do Projeto Sorriso Feliz com o Programa Sorria São Paulo, em São Paulo



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Regiões de Saúde

São Paulo, 09 de dezembro de 2019.

CONVITE

Prezado Professor,

A Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde vem convidá-lo a participar de reunião sobre a integração do Vosso projeto **"Sorriso Feliz e o Programa Estadual Sorria São Paulo."**

A reunião acontecerá às 10 horas do dia 11/12/2019 (Quarta feira) , na Secretaria de Estado da Saúde sito à Av. Dr Arnaldo, 351 – 5º andar Sala 503.

Agradeço a atenção de sempre..

MARIA FERNANDA DE MONTEZUMA TRICOLI
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal
GTAS IV/CRS/SES-SP

Ilustríssimo

PROFESSOR DOUTOR WILSON GUALHEGO GARCIA
FOA/UNESP

ANEXO R - Minuta de Implantação e Integração do Projeto Sorriso Feliz com o Programa Sorria São Paulo na cidade de Turmalina/SP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Aracatuba
Faculdade de Odontologia - Departamento de Ciências Básicas



PROJETOS ESPECIAIS-SORRISO FELIZ

sorrisofeliz.foa@unesp.br

MINUTA - apenas para facilitar a discussão. Colocara o timbre e o nome do pessoal da creche

Responsável: Prof. Titular Wilson Galhego Garcia. Coordenadores: Robson Frederico Cunha; Ana Claudia Stevanato de Melo Nakamune; Alessandra Marcondes Aranega; Cristina Antonialli Silva; Doris Hissako Matsushita; Nelci Mercedes Magaroti Fim; Fátima Cristina de Souza; Risocleide do Nascimento Polatto; Helen Cristina Pertile.

E-mail: educacao@turmalina.sp.gov.br

TURMALINA/SORRIA SÃO PAULO/SORRISO FELIZ: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRÍSSIMA E PRIMEIRA INFÂNCIA

1 - META: APENAS 10% DE CRIANÇAS COM CÁRIE EM 2025, NA FAIXA 0-3 ANOS.

Resumo: Cáries são desordens na saúde das crianças com um enorme custo odontológico e social, causadas fundamentalmente por falta de prevenção adequada. Já são bem documentadas as relações entre a falta de cuidado com a saúde da boca e o aparecimento ou agravamento de doenças como endocardite, sepse, diabetes, hipertensão, osteoporose, artrite reumatoide, câncer bucal, aterosclerose, colite, endometriose e obesidade, entre outras. Projeto desenvolvido PELA Faculdade de Odontologia de Aracatuba da UNESP em Birigui/SP e em Coroados/SP (**onde o projeto já é lei**). O uso diário de gaze ou fralda enrolada no dedo indicador, embebida em água filtrada e passada na boca da criança nos roletes superior e inferior, por dentro e por fora e na língua e no palato demonstrou que são facilmente atingidos os índices preconizados pela AGENDA 2030 da ONU, com esta técnica simples, barata e de fácil execução pelos pais e educadores de creches. Este é o primeiro passo na primeiríssima infância para uma vida sem cáries que deve continuar com a escovação após o surgimento do primeiro dentinho. Em tempos de pandemia é bom lembrar Albert Sabin dizendo que o vírus antes de chegar ao pulmão fica na boca e no nariz.

2 - DESCRIÇÃO: Educadores e profissionais serão capacitados presencialmente ou on-line por cirurgiões-dentistas na prevenção e controle de doenças bucais e cárie em crianças de 0 - 3 anos. De futuro, dentro da Odontologia para bebês nas ações, utilizar-se-á de forma rotineira para lançamento dos dados a CADERNETA DA CRIANÇA informatizada e dentro do prontuário médico como instrumento de promoção do desenvolvimento integral da criança. Caberá ao cirurgião-dentista responsável o lançamento de dados de acordo com a Resolução SS - 12, de 11 de janeiro de 2020, publicada em 17/01/2020 No.11 – DOE - seção 1 – p.35.



Faculdade de Odontologia - Departamento de Ciências Básicas

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



PREFEITURA MUNICIPAL DE
TURMALINA - SP

PRINCÍPIOS DO PROJETO:

2.1- ESQUEÇA A COMPLEXIDADE SE VOCE QUER EFICIENCIA O PROJETO AVALIARA A TAXA DE RETORNO DO INVESTIMENTO SOCIAL

2.2 - VAMOS TRABALHAR COM POPULAÇÕES E NÃO COM INDIVÍDUOS ISOLADAMENTE

2.3 – NOVA LÓGICA: VAMOS TRABALHAR COM AS MÃES E NÃO PARA AS MÃES. SEM O EMPODERAMENTO DAS MÃES O PROJETO NÃO TEM RAZÃO DE EXISTIR.

2.4 - AS EXPERIÊNCIAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA TEM EFEITOS DURADOUROS NA VIDA FUTURA TAIS COMO OS LIGADOS À AGRESSIVIDADE, AO CRIME, À SAÚDE, AO CIGARRO, AO ALCOOL, DROGAS etc.

2.5 - PARA RESOLVER OS PROBLEMAS DE AGRESSIVIDADE, QUE SÃO PRINCIPALMENTE MASCULINOS, PRECISAMOS FOCAR NAS MULHERES. SE VOCE MELHORA A QUALIDADE DE VIDA DELAS, ISTO SERÁ TRANSFERIDO PARA A GERAÇÃO SEGUINTE "RICHARD TREMBLEY, THE ACCIDENTAL EPIGENETICS. NATURE VOL.505, 2 DE JANEIRO DE 2014, P.14-17

3 - ORGAO EXECUTOR: Prefeitura Municipal de Turmalina/SP, FOA Unesp Araçatuba.

4 - PARCERIAS: Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação.

5 - RESPONSÁVEIS: Robson Frederico Cunha; Ana Claudia Stevanato de Melo Nakamune; Alessandra Marcondes Aranega; Cristina Antonialli Silva; Doris Hissako Matsushita; Nelci Mercedes Magaroti Fim; Fátima Cristina de Souza; Risocleide do Nascimento Polatto; Helen Cristina Pertile; Michele Ferreira dos Santos Matunaga; Renato Tofoletti Hernandez; Alexandro Ribeiro Pereira, Cesar Augusto da Silva Santana.

Colaboradores: Cleuza Aparecida de Fátima Nitani, Virgínia Maria da Silva Vazarin Bottos, Anne Cristina de Oliveira Polatto, Andreia Cristiane Aparecida de Moraes, Ilda Fátima Cáceres, Romildo Elias de Brito, Claudenice Donizeti Milan Batista de Lima, Danubia Carla Pereira Fernandes Silva, Joici Dourado Moretti, Luciana Alves e Silva, Rosana da Silva Costa, Daniela Barbosa Foresto Adão, Elaine Cristina Jacomassi, Erica Luciana Ribeiro Pereira, Marlei Arantes de Campos, Samara Pires Fernandes, Andréia Aparecida Ramalho Moreti, Antônia Rodrigues Carvalho Andreoli, Cláudia Aparecida Pereira dos Santos, Cristiane Regina Adami Ribeiro, Dulcelina Moraes da Silva Savazi, Laura Santana Passetti, Selma Aparecida Bilhega Scarante, Tereza Alves Abrantes da Cruz, Cleuza Aparecida Savazi, Lucia Helena da Silva, Luigui Rodrigues Santana, Lucimara Ferraz Dominici, Franciele de Oliveira Magaroti Tresso, Luciana Pereira Fernandes, Silmara de Fátima Maffei Azuma, João Pedro Menezes Mamede, Keila Cassia de Oliveira Pinho, Cristiane Vieira dos



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Aracatuba
Faculdade de Odontologia - Departamento de Ciências Básicas



Santos, Leonardo Barbieri, Elizete Regina Maffei Alves, Carla Cristiane Savazzi, Dandara Fairuze Dias Botelho Senna, Elizabete Rosa de Souza Pateis, Irena Macena Passetti, Marcia Cristina Zucari Scandellai, Maria Aparecida Alves Carvalho, Maria Ines Siqueira de Souza Jacomassi, Maurilio Savazzi, Neusa Caetano de Lima Barbosa, Silvana Aparecida Jacomassi Scarpin, Sonia Aparecida Perasol Scarpin, Tatiana Henriques Moscardini Mantovani.

6 – LOCAIS DE EXECUÇÃO:

Creche Criança Feliz, Rua Pará, 599. Telefone: (17)36671150



EMEI Branca de Neve, Rua 13 de Maio, 325. Telefone: (17)36677101



7- EXPERIÊNCIA ANTERIOR- IMPLANTAÇÃO DO PROJETO PILOTO:

Implantado em Julho - Agosto de 2013 em Birigui/SP e Coroados/SP (Já é lei nestas duas cidades), Araçatuba e mais 18 cidades do Noroeste e Extremo Noroeste Paulista. Implantado também em Nossa Senhora de Nazaré, no semiárido do Piauí, em Roraima em parceria com a ONU-ACNUR, no Pantanal em parceria com o Ribeirinho Cidadão no Rio Cuiabá com o TJ Mato Grosso.

8 - IMPLANTACAO DO PROJETO

Dia 22 de julho de 2020.

PÚBLICO ALVO

- Educadoras, coordenadoras, mães e pais, gestantes, professoras, agentes comunitários de saúde e líderes comunitários a serem capacitados pelos profissionais da FOA ou dentistas da rede;
- Crianças de zero a três anos;

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

- Capacitar profissionais da saúde e educação para que, por sua vez, capacitem gestantes, pais e mães a cuidarem rotineiramente da higiene bucal de suas crianças.

SECUNDÁRIOS:

- Orientação correta e segura sobre a limpeza da boca do bebê e da criança.
- Realizar trabalho realmente preventivo que torne a higiene uma rotina para as mães e as crianças.
- Sensibilizar pessoal da área de saúde (das Universidades, rede pública e profissionais liberais) para um trabalho em rede envolvendo educação, assistência social e cultura.
- Enviar, para centros de referência os casos necessários.
- Tornar rotineiro o lançamento dos dados na CADERNETA DA CRIANÇA informatizada e dentro do prontuário médico como instrumento de promoção do desenvolvimento integral da criança.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

Faculdade de Odontologia - Departamento de Ciências Básicas



PREFEITURA MUNICIPAL DE
TURMALINA - SP

OPERACIONALIZAÇÃO (protocolo sugerido a ser adaptado assim que a experiência o exigir)

Para viabilizar o projeto haverá uma reunião (de preferência no HTPC) na qual se explicará com uma aula e folders que se trata de um procedimento extremamente simples, mas eficaz, que normalmente dura menos de 60 segundos, de higiene da boca da criança na primeiríssima infância, que consiste em envolver o dedo indicador com uma gaze, fralda ou pano limpo, molhá-lo em água filtrada ou fervida e em seguida limpar o rolete superior da boca por dentro e por fora, céu da boca (palato), fazendo o mesmo com o rolete inferior e com a língua. Em casa, a mãe, após a higiene das mãos, poderá usar uma fralda de pano limpa ou mesmo um pano limpo, em vez de gaze. A criança deverá estar segura no cadeirão ou no colo, evitando-se o uso de procedimentos acadêmicos longe da rotina que a mãe utilizará em casa. Far-se-á a demonstração de higiene da boca de uma criança com folders ou macromodelos e em seguida a mãe será estimulada a prosseguir com o procedimento. O procedimento é tão simples e indolor que o bebê, se dormindo, não acorda. Porém, pais e cuidadores com frequência, abordam a dificuldade em realizar a técnica de higiene oral, sendo esse o principal fator para a não execução. A experiência cotidiana do Sorriso Feliz no trabalho rotineiro dos agentes comunitários de saúde e nos berçários das creches, tem revelado que é possível fazer a higienização sem acordar o bebê e causar episódios de choro. Para as crianças já com dentes, serão passadas as informações sobre escovação. Quando houver oportunidade, agentes comunitários de saúde da área acompanharão os procedimentos. Folders serão entregues. Nas maternidades as enfermeiras passarão esses procedimentos às mães quando ensinam o primeiro banho e entregarão os folders. Havendo demanda, um dos membros do projeto participará da reunião geral com os pais, agendada oportunamente em creches, escolas, igrejas ou clubes de serviço. Nessa reunião, as mães que já dominam o processo tanto de higiene como de escovação farão o procedimento em seus filhos e as demais cada qual em sua criança.

Avaliação do programa. A cada ano, até os quatro anos, até 2025 as crianças serão avaliadas quanto à presença de cáries clinicamente óbvias. Trata-se de uma avaliação simples, de risco, verificando apenas se a criança tem ou não cárie.

RECURSOS

TRANSPORTE DO PESSOAL ATÉ A CRECHE:

PESSOAL NECESSÁRIO:

- Coordenador
- Coordenador da Universidade (Geral).
- Cirurgião-dentista da rede, alunos colaboradores e/ou estagiários de odontologia, pedagogia, enfermagem, medicina
- Mães, educadoras, profissionais da própria creche



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Aracatuba

Faculdade de Odontologia - Departamento de Ciências Básicas



MATERIAL:

- Macro modelo, macro escovas.
- Folhetos e folders
- Gaze e luvas de procedimento.
- Água
- Palitos de sorvete / espátulas

ESPAÇOS A SEREM VIABILIZADOS: De acordo com as disponibilidades de cada estabelecimento

OBS. ESTE PROJETO DE FORTALECIMENTO A ATENÇÃO PRIMÁRIA NÃO SUBSTITUI OU CANCELA PROJETOS DE SAÚDE BUCAL JÁ EM ANDAMENTO.

Turmalina, 22 de julho de 2020.

ANEXO S - Certificado de Excelência em Extensão recebido na cidade de Turmalina/SP, pelo Projeto Sorriso Feliz



PREFEITURA MUNICIPAL DE
TURMALINA - SP

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE FERNANDÓPOLIS
Avenida Santa Helena, 200 – Bairro Centro – Turmalina / SP – CEP:15755-000
FONE: (17) 3667.1192 - E-mail: educacao@turmalina.sp.gov.br

CERTIFICADO DE EXCELÊNCIA EM EXTENSÃO

A Prefeitura Municipal de Turmalina, representada pelo Prefeito Municipal e seus secretários de Educação e Saúde, confere o Certificado de Excelência em Extensão à Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, pela parceria na implantação e execução do projeto **SORRISO FELIZ EMERGENCIAL/ARAÇATUBA EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID 19: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRÍSSIMA E PRIMEIRA INFÂNCIA NA EDUCAÇÃO INFANTIL E FUNDAMENTAL** e a parceria do Projeto Sorriso Feliz com o Programa Sorriso São Paulo, já existente no município. A Universidade, com sua capacidade científica e extensionista e diante de uma pandemia sem precedentes, assumiu o protagonismo que lhe cabe e foi rápida em criar e promover com justiça social ações inclusivas que pudessem dar às crianças e às educadoras maiores condições de saúde e segurança, criando laços/vínculos de solidariedade e companheirismo na figura dos seus participantes: como idealizador o Prof. Titular Wilson Galhego Garcia, como incentivador o Prof. Dr. Glaucio Issamu Miyahara e o Prof. Titular Alberto Carlos Botazzo Delbem, como coordenadores o Prof. Assoc. Robson Frederico Cunha, a Profa. Ass. Dra. Alessandra Marcondes Aranega, a Profa. Ass. Dra. Ana Claudia Stevanato de Melo Nakamune, a Profa. Dra. Alaide Gonçalves, o Prof. Ass. Dr. Antônio Hernandes Chaves Neto, a Profa. Assoc. Cristiane Duque, a Prof. Assoc. Cristina Antoniali Silva, a Profa. Titular Doris Hissako Matsushita, a Prof. Assoc. Juliano Pelim Pessan, o Prof. Assoc. Marcos Rogério de Mendonça, a Prof. Ass. Dra. Rita Cássia Megati Dornelles e a Profa. Titular Sandra Helena Penha de Oliveira. Como bolsista Proex o acadêmico de Odontologia Marco Adriano Picolini Filho, tendo como colaboradores os cirurgiões-dentistas Bruno Bontempi Ruffato, Maria Fernanda de Montezuma Tricoli, acadêmicos Luís Fernando Alves da Silva, Ana Carolina Polanowski Rossato, Ana Carolina Ribeiro Martins, Arieli Raymundo Vazão, Bruna Maria Viana Henriques, Claudia Souza Ramos, Giovanna Zancan Cattarin, Ícaro Menezes Beltrami, Larissa Albertinazzi, Ulisses Vieira Santos, Luis Fernando Alves da Silva, Maria Eduarda Cabrerizo Gonçalves, Maria Eloisa de Sá Simon, Matheus Carvalho Michiles Fonseca, Natália Cristina de Souza Moraes, Vitor Hugo Martin Dourado, Vitória Marques Gomes, Julia Paiao Quinteiro, Juliana Ernica Bernardo, Lara Brandão Ribeiro Franco, Giovana Dornelas Azevedo Romero, Amanda Scarpin Gruba, Lorena Louise Pontes Manicoba, Vitor Hugo Gonçalves Sampaio, Mylena Fernanda de Oliveira Santos, Larissa de Souza Oliveira, Adriane Boaventura Chiorlin, Samyra Yukiko Tazaki Dote, Gabriela Cristina Baccaro, Cesar Augusto da Silva Santana. Como colaboradores da cidade de Turmalina/SP, Cleuza Aparecida de Fátima Nitani, Virginia Maria da Silva Vazarin Bottos, Anne Cristina de Oliveira Polatto, Andreia Cristiane Aparecida de Moraes, Ilda Fátima Cáceres, Romildo Elias de Brito, Claudenice Donizeti Milan Batista de Lima, Danubia Carla Pereira Fernandes Silva, Joici Dourado Moretti, Luciana Alves e Silva, Rosana da Silva Costa, Daniela Barbosa Foresto Adão, Elaine Cristina Jacomassi, Erica Luciana Ribeiro Pereira, Marlei Arantes de Campos, Samara Pires Fernandes, Andréia Aparecida Ramalho Moreti, Antônia Rodrigues Carvalho Andreoli, Cláudia Aparecida Pereira dos Santos, Cristiane Regina Adami Ribeiro, Dulcelina Moraes da Silva Savazi, Laura Santana Passetti, Selma Aparecida Bilhega Scarante, Tereza Alves Abrantes da Cruz, Cleuza Aparecida Savazi, Lucia Helena da Silva, Luigui Rodrigues Santana, Lucimara Ferraz Dominici, Franciele de Oliveira Magaroti Tresso, Luciana Pereira Fernandes, Silmara de Fátima Maffei Azuma, João Pedro Menezes Mamede, Keila Cassia de Oliveira Pinho, Cristiane Vieira dos Santos, Leonardo Barbieri, Elizete Regina Maffei Alves, Carla Cristiane Savazzi, Dandara Fairuze Dias Botelho Senna, Elizabete Rosa de Souza Pateis, Irena Macena Passetti, Marcia Cristina Zucari Scandellai, Maria Aparecida Alves Carvalho, Maria Ines Siqueira de Souza Jacomassi, Maurilio Savazzi, Neusa Caetano de Lima Barbosa, Silvana Aparecida Jacomassi Scarpin, Sonia Aparecida Perasol Scarpin, Tatiana Henriques Moscardini Mantovani, a coordenadora da creche municipal Nelci Mercedes Magaroti Fim, a coordenadora da pré-escola municipal Fátima Cristina de Souza, a coordenadora da escola municipal Risocleide do Nascimento Polatto e a diretora Helen Cristina Pertile, em 22 de julho de 2020, promovido pela Disciplina de Projetos Especiais do Departamento de Ciências Básicas da FOA-UNESP.

A todos reiteramos o nosso reconhecimento.

Turmalina, 22 de julho de 2020.

Alexandre Ribeiro Pereira
Prefeito Municipal

Renato Tofoletti Hernandez
Secretário Municipal de Educação

Michele Ferreira dos Santos Matunaga
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO T – Sorriso Feliz emergencial em Araçatuba durante pandemia do COVID

Sorriso Feliz emergencial em Araçatuba durante pandemia do COVID

← VOLTAR
 🖨️ IMPRIMIR
 ✉️ ENVIAR
 ✎️ CORRIGIR

Projeto FOA e Prefeitura Municipal de Araçatuba em ação educadora virtual

📅 10/06/2020 por: Prof. Ass. Dra Alessandra Marcondes Aranega



Em época de Pandemia, o novo Corona vírus (COVID19) chamou a atenção para a necessidade de melhoria nos hábitos de higiene pessoal. "Sem prevenção não há erradicação da doença". O vírus, que é transmitido pela saliva, ar e secreções do trato respiratório, também pode se alojar nas papilas gustativas e placa bacteriana. No atual contexto da quarentena, apesar de não ser possível realizar as consultas odontológicas para a prevenção das doenças bucais, priorizando-se somente os tratamentos odontológicos urgentes, ações de conscientização para a melhoria da saúde bucal na população da cidade de Araçatuba têm sido adotadas como estratégias da Faculdade de Odontologia de Araçatuba para a manutenção da saúde geral da criança evitando possíveis complicações futuras decorrentes da doença Cárie. Subsequentes infecções sistêmicas decorrentes dos microrganismos envolvidos na cárie e também em outras doenças relacionadas à má higienização bucal, podem ser prevenidas com a promoção da higiene bucal, além de contribuir para a diminuição de áreas que possuam acúmulo de vírus o que pode prevenir a migração desses patógenos para o sistema respiratório.

No dia 10 de junho de 2020, a Professora Assistente da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp Araçatuba, Dra. Alessandra Marcondes Aranega, publicou um artigo no site da própria universidade, no qual faz um relato do momento vivido com a pandemia do novo Corona vírus. Traz pra todos, um retrato do vírus, mostrando suas formas de transmissão e evidenciando a boca como um foco de disseminação em grande escala, assim como a carie, principal doença de origem bucal, que afeta milhões de pessoas todos os anos e traz complicações não só na boca, mas em diversas áreas do corpo. Então, se faz cada vez mais necessário a atenção aos cuidados com a higiene bucal.

A pandemia trouxe o distanciamento e a impossibilidade de se ter atendimentos e outros tipos de trabalhos presenciais, como o Projeto Sorriso Feliz, que atua nas creches e escolas de Araçatuba e região, assim, se teve a oportunidade de se descobrir novos métodos e meios de se chegar até as crianças e com isso, o EDUCADOR tem agora, um papel cada vez mais importante, sendo o principal agente, considerado espelho na vida da criança.

Através de uma manobra rápida, o Professor Titular Wilson Galhego Garcia, da FOA, adquiriu junto a Colgate, cerca de 60.000 kits de saúde bucal que foram

entregues a 69 creches e escolas municipais da cidade de Araçatuba. Além dos kits, os 69 gestores de todas as creches e escolas receberam conhecimento sobre o assunto, logística estratégica da ação e folhetos explicativos impressos pela Secretaria de Educação de Araçatuba. Tudo isso chegou a 16.500 crianças da rede pública municipal. Foi produzido também pelo docente Titular da Odontopediatria Robson Frederico Cunha, material educativo, constituído de vídeo aula sobre saúde bucal em bebês e crianças.

As ações foram acompanhadas de perto e receberam ajuda dos alunos da disciplina de Projetos Especiais e do Programa de Educação Tutorial (PET) da FOA-UNESP, todos pertencentes à Faculdade de Odontologia do campus de Araçatuba - UNESP. A ação virtual leva a disseminação da ideia de que a introdução de projetos pedagógicos criados pelos próprios educadores com o assunto de saúde bucal pode auxiliar na promoção de higienização bucal e também no combate à cárie.

ANEXO U – Sorriso Feliz emergencial em 24 cidades

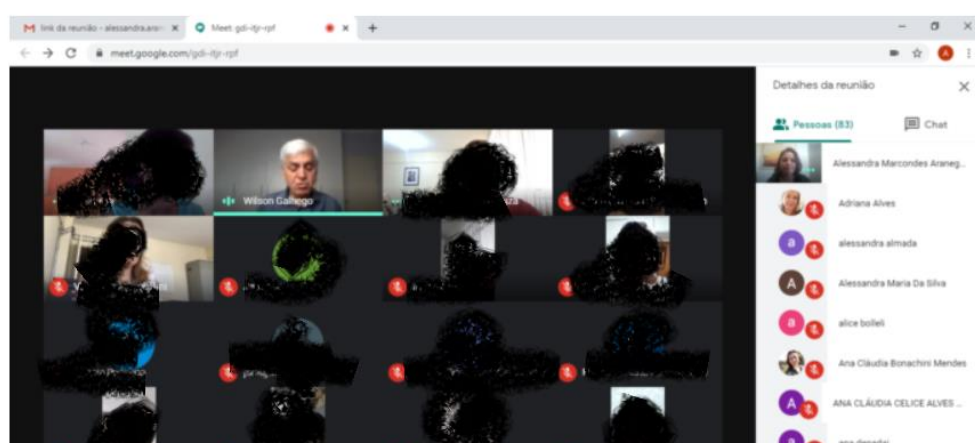
Sorriso feliz emergencial em 24 cidades

Ação protagonista de alunos de graduação, gerando incorporação de hábito de higiene bucal

14/08/2020 por: Prof. Dra. Alessandra Marcondes Aranega

Sorriso feliz emergencial em 24 cidades da região, com ação protagonista de alunos de graduação, gerando incorporação de hábito de higiene bucal.

Educação sobre saúde bucal em tempo de Pandemia.



No dia 14 de agosto de 2020, a Professora Assistente da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp Araçatuba, Dra. Alessandra Marcondes Aranega, publicou um artigo no site da própria universidade. No presente artigo, além de relatar a dificuldade vivida com o momento atual de pandemia, nos traz o outro lado da moeda e mostra como o Projeto Sorriso Feliz, mesmo em meio ao caos, conseguiu se expandir mais e chegar a lugares mais distantes.

Como já se sabe, o nova corona vírus tem altíssima transmissão pela boca, principalmente em crianças e, seguindo a mesma direção, a carie ainda continua sendo a principal doença de origem bucal, muito em razão da problemática política e social vivida no país, agravada pela pandemia.

O intuito, então, é prezar pela saúde das crianças, mesmo nesse momento difícil. Assim, a Faculdade de Odontologia de Araçatuba criou projeto virtual que possui

inserção nas áreas da Educação e Saúde Bucal intitulado SORRISO FELIZ EMERGENCIAL/CIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRÍSSIMA E PRIMEIRA INFÂNCIA NA EDUCAÇÃO INFANTIL E FUNDAMENTAL, apoiado pela direção e por diversos professores, o projeto, idealizado pelo Prof. Wilson Galhego Garcia.

O projeto tem sido desenvolvido por meio de aulas virtuais através da plataforma do Google Meet para outras cidades. Esse desenvolvimento tem sido construído pelos ministradores Prof. Titular Wilson Galhego Garcia, Prof. Ass. Dra. Alessandra Marcondes Aranega, também tutora do Programa de Educação Tutorial da FOA-UNESP e Mariza Bianchini Pontes Minari, Diretora do CEI Ana Souto. O projeto atingiu patamares de desenvolvimento maiores do que os inicialmente planejados, o que reflete a necessidade de medidas resolutivas diante problemáticas enfrentadas, seja para a prevenção da cárie ou de outras doenças bucais em tempos de pandemia, seja pela falta de acesso à rede de saúde ou à escola devido ao isolamento social, afetando a saúde e a educação das crianças. Para o momento, as ações, tiveram maior foco nos educadores da rede de Educação, mas com prévia abertura para agentes comunitários das cidades, alguns presentes nas aulas, especialmente no que diz respeito à necessidade da intersecção das áreas, saúde, educação e assistência social. Para a organização e produção de todo o material virtual o projeto recebeu a participação do bolsista da PROEX, Marco Adriano Picolini Filho, que, brilhantemente, demonstrou grande produtividade com o recebimento de bolsa do Projeto de extensão FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM CRECHES DE BIRIGUI-SP, vinculado ao projeto emergencial, e que originou o projeto piloto dessa ação, uma vez que teve que ser modificado em razão da Pandemia. A organização de salas no Google Meet, de certificados, a divulgação do Sorriso Feliz e organização de reportagens recebidas das cidades foram realizadas com o apoio da equipe do Programa de Educação Tutorial da FOA-UNESP. Até a publicação do artigo, 24 cidades receberam o projeto completo: Birigui (escola piloto), Araçatuba, Coroados, Iacri, Nhandeara, Rinópolis, Tanabi, Andradina (2 turmas), Gastão Vidigal, Quatá, Sud Mennucci, São Manuel, Mirante, Turmalina, Dracena (3 turmas), Cerqueira César, Santo Anastácio, Pompeia, Rubineia, General Salgado, Sebastianópolis, Arco-íris, Nova Castilho e São João do Itacema, chegando a aproximadamente 2000

peessoas, dentre ele gestores municipais da área da educação e da saúde, prefeitos, secretários municipais, diretores, coordenadores, educadores da Educação Infantil e Fundamental I, além de Representantes da classe odontológica, de agentes comunitários e enfermeiros.

Momento Histórico foi o que ocorreu na cidade de Sud Mennucci, com as participações da Dra. Maria Fernanda de Montezuma Tricoli, da área técnica da Saúde do Estado de São Paulo, da Dra. Lúcia Maria Lima Lemos de Melo, articuladora da Saúde Bucal da DRSII e de Luiz Miguel Martins Garcia, Secretário de Educação da cidade de Sud Mennucci e atual presidente Nacional da UNDIME (União dos Dirigentes Municipais de Educação), quando um novo horizonte para o projeto se abriu, tanto na área da Educação, como da Saúde, tendo o projeto potencial para que suas ideias sejam transformadas em Política Pública estadual e até federal.

A universidade se preparava, nesse momento, para a transmissão que faria pelo Youtube e que conseguiria com isso alcançar números jamais imaginados e colheria em seguida os resultados conquistados pela cidade de Rinópolis/SP, com trabalhos pedagógicos visuais, comprovando, assim, o impacto que o projeto pode fazer em apenas uma cidade quando ela é, de fato, sensibilizada para a causa.