

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO PARA A 1ª VISITA
ODONTOLÓGICA DO RECÉM-NASCIDO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Belo Horizonte – Minas Gerais

Novembro/ 2009

TELMA ARAÚJO DE BRITTO

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO PARA A 1ª VISITA
ODONTOLÓGICA DO RECÉM-NASCIDO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de
especialização em Odontologia em Saúde
Coletiva, com ênfase em Saúde da Família.

TUTOR: FLÁVIO DE FREITAS MATTOS

Belo Horizonte – Minas Gerais

Novembro/ 2009

RESUMO

A reduzida prioridade conferida à dentição decídua leva a alguns reflexos, tais como a elevada prevalência de cáries dentais desde a mais tenra idade, o medo ao tratamento odontológico e a criação de hábitos ligados a uma dieta cariogênica. O objetivo deste trabalho foi o de sugerir o início do atendimento odontológico aos bebês na 1ª semana de vida, especificamente no dia do exame do pezinho, nas Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Belo Horizonte, visando à conscientização da família dos benefícios da atenção odontológica precoce, bem como da prática educativa e preventiva da saúde bucal; à aquisição pela criança de hábitos saudáveis e de higiene desde cedo, e à influência positiva das ações desta proposta no padrão de saúde bucal durante toda a vida do paciente.

Palavras-chave: saúde bucal, bebês, Unidades Básicas de Saúde.

Abstract

The low priority given to the deciduous dentition leads to some reflexes, such as the high prevalence of dental caries at an early age, fear of dental treatment and the creation of habits associated with a cariogenic diet. The objective of this study was to suggest the beginning of dental care for babies in the 1st week of life, specifically on the day of feet testing in the Basic Health Units in the city of Belo Horizonte, aiming at the awareness of the benefits of early odontological family care, and the educational practice and preventive oral health; the acquisition by the child of hygienic and early healthy habits, and the positive influence of the actions proposed in this pattern of oral health throughout the life of the patient.

Keywords: oral health, babies, Basic Health Units.

Introdução

Profissionais da odontopediatria da atenção secundária verificam que, com certa frequência, crianças de 2 a 5 anos de idade são encaminhadas para tratamento de dentes com lesões cáries extensas ou já com comprometimento endodôntico.

De acordo com os dados do projeto SB 2003, quase 27% (vinte e sete por cento) das crianças de 18 a 36 meses apresentam, pelo menos, 1 dente decíduo com cárie, e em torno de 60% (sessenta por cento) aos 5 anos de idade, com $ceod=2,8$.

Para alguns cirurgiões dentistas (CDs) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o atendimento a crianças, principalmente as de tenra idade, ainda gera certo transtorno.

Com o intuito de diminuir a incidência desses encaminhamentos e facilitar o trabalho dos CDs, sugere-se a 1ª visita do bebê à UBS na primeira semana de vida.

Espera-se com isso que o atendimento aos bebês se torne uma rotina. Além disso, os profissionais familiarizar-se-ão com uma dinâmica mais compensatória e o trabalho passará a ser mais gratificante, menos árduo e sem muito estresse.

Sabe-se que, quanto mais cedo as orientações sobre prevenção e promoção de saúde são repassadas aos pais e existe um acompanhamento dos bebês, há uma considerável diminuição da prevalência da tão temida cárie de mamadeira ou cárie precoce da primeira infância. Com um acompanhamento periódico aos bebês, e os pais ou responsáveis recebendo as orientações necessárias visando à promoção da saúde bucal, espera-se um decréscimo na necessidade de intervenções. Redução também na procura dos atendimentos de urgência ou encaminhamentos para a atenção secundária.

Percebe-se que a antecipação da atenção odontológica por parte do profissional pode aumentar as chances de uma melhor saúde bucal em crianças menores de 3 anos de idade, o que contribuirá, de forma decisiva, para a prática e os hábitos de higiene oral.

Um relacionamento satisfatório do dentista com a criança desde pequena, junto aos seus pais, contribui para um diagnóstico preciso, um atendimento e tratamento tranquilo e sem traumas psicológicos. Após essas ações a criança estará familiarizada com o ambiente odontológico, será tratada de forma tranquila, quando houver necessidade de novas ou futuras intervenções; quando a primeira visita de uma criança ao consultório odontológico ocorre em casos de dor, ela pode ser frustrante, geradora de conflitos e medos.

A organização dos serviços na atenção básica gira em torno da saúde da família. A assistência é prestada em todos os ciclos da vida, então, nada melhor do que iniciar as orientações aos pais, ou responsáveis, sobre a saúde bucal já na primeira semana de vida, ou seja, no dia do exame do pezinho.

Partilha-se do entendimento que educar pessoas não significa apenas transmitir conhecimentos ou repassar informações. O saber não pode ser dissociado do cotidiano das pessoas. Elas precisam receber informações para adquirirem habilidades, vontade para modificar hábitos e mudanças de atitudes, que levam a uma boa saúde bucal e, conseqüentemente, a uma melhor qualidade de vida.

REVISÃO DA LITERATURA

A saúde deve ser uma construção e vivência das pessoas dentro daquilo que fazem em seu dia a dia, quando elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde deve ser também construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida. A sociedade deve oferecer condições que permitam a obtenção de saúde para os seus membros e atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde de todos, tendo uma participação ativa no controle desse processo. As estratégias e programas na área de saúde devem se adaptar às necessidades locais, bem como levar em conta as diferenças pessoais, sociais, culturais e econômicas (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Esses mesmos princípios são referendados para o Programa da Saúde da Família (PSF). Na revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, o Ministério da Saúde (Brasil), em 2006, enfatizou que os serviços de saúde bucal devem se reestruturar, romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade. O foco da atenção deve ser a família no seu espaço social característico. Integralidade, equipe multidisciplinar e vigilância à saúde são prerrogativas do programa, que deve realizar um trabalho utilizando a epidemiologia como ferramenta, voltado para o coletivo e consolidado nas linhas do cuidado. As organizações das ações de saúde bucal devem ser baseadas e adequadas às exigências da realidade de cada unidade de saúde. Definiu-se como área estratégica para atuação do cirurgião dentista (CD), além dos procedimentos clínicos individuais, a coordenação e participação em ações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças bucais, recomendando-se, ainda, que devem ser tomadas medidas de saúde pública intersetoriais e educativas para controlar e prevenir a doença cárie.

A cárie dentária é uma das doenças ainda prevalentes na atualidade, sabendo-se que tem apresentado reduções significativas nos últimos anos, na maioria das faixas etárias estudadas.

A doença cárie é um processo dinâmico, que, à luz dos conhecimentos atuais, sabe-se, pode ser controlada e até evitada; a sua evolução pode levar a

perdas dentárias, com todas as sequelas orgânicas, psicológicas e sociais (WALTER, 2002).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, por meio do Projeto Saúde Bucal (SB 2003), 60% (sessenta por cento) das crianças com cinco anos de idade já apresentam experiência de cárie nos dentes decíduos; 70% (setenta por cento) das crianças brasileiras aos 12 anos e cerca de 90% (noventa por cento) dos adolescentes de 15 a 19 apresentam pelos menos um dente permanente com experiência de cárie. No grupo de 35 a 44 anos, o componente perdido é responsável por cerca de 66% (sessenta e seis por cento) do índice e 93% (noventa e três por cento) no grupo de 65 a 74 anos. A perda dentária precoce é grave, a partir de 15 anos entre os adolescentes já surge necessidade de algum tipo de prótese.

A meta da OMS para 2010, na idade de 5 - 6 anos, é de 90% (noventa por cento) sem experiência de cárie; aos 12 anos o CPOD deve ser menor que um e 100% dos adolescentes sem perda dentária.

Em um estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA – BH), no ano de 2008, para levantamento de necessidades de tratamento em saúde bucal, em crianças de 0 a 6 anos, tem-se os seguintes dados consolidados por regional conforme a tabela:

Distribuição das crianças de 0 a 6 anos por código e percentual, segundo as Regionais da Secretaria Municipal de Saúde / Belo Horizonte / 2008

Regional	Código 0		Código 1		Código 2		Código 3		Total	
Norte	1705	59,9%	787	27,6%	265	9,3%	91	3,2%	2848	100%
Pampulha	940	64,6%	384	26,4%	89	6,1%	41	2,8%	1454	100%
Barreiro	2189	63,7%	880	25,6%	295	8,6%	70	2,0%	3434	100%
Leste	2064	65,3%	806	25,5%	236	7,5%	54	1,7%	3160	100%
Oeste	1798	58,7%	873	28,5%	332	10,8%	61	2,0%	3064	100%
Centro-Sul	1469	53,1%	723	26,1%	451	16,3%	126	4,6%	2769	100%
Nordeste	2308	59,6%	1042	26,9%	435	11,2%	85	2,2%	3870	100%
Noroeste	2631	69,7%	908	24,1%	193	5,1%	43	1,1%	3775	100%
Venda Nova	920	49,1%	538	28,7%	338	18,0%	78	4,2%	1874	100%
Total	16024	61,0%	6941	26,4%	2634	10,0%	649	2,5%	26248	100%

Fonte: SMSA -BH

A classificação segue os critérios preconizados pela Coordenação de Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH):

Código 0 - Crianças que aparentemente não apresentam dentes permanentes ou temporários com cavidade e não necessitam de restauração ou exodontia;

Código 1 - Crianças que apresentam até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restaurações ou exodontias;

Código 2 - Crianças que apresentam de 4 a 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restaurações ou exodontias;

Código 3 - Crianças que apresentam mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restaurações ou exodontias.

Walter (2002) mostra um panorama da prevalência de cárie no Brasil, em um estudo de diferentes autores brasileiros de 1990 a 1998, na faixa etária de 0 a 36 meses, com a tendência de ser menor que 5% (cinco por cento) no primeiro ano e próxima de 50% (cinquenta por cento) no terceiro.

Um dos fatores que colaboram para o aumento da prevalência da cárie com a idade é a tradição e o costume de que a criança deve ser levada ao CD após os três anos de idade, a partir de quando o seu desenvolvimento psicomotor possibilita a realização de tratamentos odontológicos convencionais (WALTER e NAKAMA, 1988).

A odontologia, tradicionalmente, preocupa-se com o atendimento de crianças a partir dos primeiros dentes permanentes; a falta de prioridade à dentição decídua tem como reflexos a elevada prevalência de cáries dentais na infância, hábitos ligados ao consumo intenso de açúcar e o medo da ida ao consultório. Em termos populacionais, os programas de prevenção e promoção de saúde ainda são tímidos, apesar dos esforços desenvolvidos na área de odontopediatria, insuficientes para reverter tal situação, pois em grande parte são direcionados para o campo clínico (PINTO, 2008).

Existe especificamente um tipo de cárie que acomete as crianças, principalmente as de tenra idade, a chamada cárie de mamadeira, ou cárie precoce da infância, ou cárie de acometimento precoce. É uma modalidade de cárie rampante, de aparecimento súbito, que atinge bebês precocemente. Tem como etiologia uma dieta cariogênica, principalmente alimentação noturna (leite materno

ou mamadeira contendo leite, sucos, chá, adoçados ou não), e sem posterior limpeza dos dentes (Medeiros, 1993; Walter *et al.*, 1997; Feitosa *et al.*, 2001; Fernandes *et al.*, 2005; Percinoto *et al.*, 2005). É uma doença de progressão rápida e evolução aguda, caracterizada por envolver grandes números de dentes, ocasionando destruição coronária, podendo ocorrer envolvimento pulpar (WALTER *et al.*, 1997; PERCINOTO *et al.*, 2005).

A cárie de mamadeira tem na sua etiologia determinantes e condicionantes econômicos, sócioambientais e culturais.

Com certa frequência as verdadeiras causas das deficiências encontradas no campo da saúde bucal situam-se na estrutura de desigualdades da sociedade e nas oportunidades de acesso ao serviço odontológico; há de se considerar uma epidemiologia de base social que transcende os conceitos primeiros de mera relação entre hospede e vetor ou esses fatores com o meio ambiente que os cerca (PINTO, 2008).

Fadel *et al.* (2008) realizaram um trabalho no qual verificaram que as crianças têm como modelo os hábitos dos pais; quando modelos positivos são incorporados precocemente através dos pais, esses hábitos tornam-se persistentes na vida da criança. Os resultados dos trabalhos sugerem que a presença da cárie dentária em crianças está associada a características sociais odontológicas maternas negativas. Segundo Fernandes *et al.*, (2005), culturalmente, ainda prevalece o fato que “meu filho nasceu com os dentes estragados”, ou “meu filho tomou muito antibiótico”, ressaltando o amplo desconhecimento quanto aos fatores responsáveis pelo aparecimento das lesões de cárie.

Durante muito tempo, os próprios profissionais não acreditavam que a odontologia poderia atuar antes do nascimento dos primeiros dentes ou mesmo do bebê. O Professor Dr. Luiz Reynaldo Walter e um grupo de professores fundaram no início da década de 80 na Universidade Estadual de Londrina, Paraná, a “Bebê Clínica”, pioneira no Brasil e no mundo, voltada para a prevenção odontológica precoce, com atendimento odontológico no primeiro ano de vida. Desde então, novos conceitos foram desenvolvidos dentro do princípio de que educação gera prevenção e deve ser o enfoque principal na redução da cárie precoce na infância em nossa sociedade. Hoje essa filosofia já está instalada em muitas faculdades de odontologia, e o programa implantado em vários municípios (Walter, 2002). No

município de Londrina, em 2004, 64% das crianças com 5 e 6 anos nunca haviam tido cárie e o índice CPOD aos 12 anos era de 0,98 (WALTER, 2008).

A consolidação de programas de atenção precoce para crianças a partir do nascimento, por meio de ações educativas e preventivas, visível no êxito alcançado numa virtual e prolongada ausência de cárie em crianças que recebem cuidados desde os primeiros meses de vida, sugere que esse é um grupo cada vez mais importante no trabalho de saúde pública (Pinto, 2008). Correa (2005) preconiza que a atenção precoce educativa e preventiva é mais eficaz e apresenta melhores resultados quando a primeira visita ao dentista acontece antes do primeiro ano de vida. Machado *et al.* (2005) definem que o ideal seria se o recém-nascido fosse levado ao consultório odontológico para uma rigorosa avaliação antes do aparecimento de qualquer intervenção, como no caso de traumatismos, para que os pais recebessem informações sobre saúde bucal. De acordo com Walter (1997), a prevalência de cárie em bebês está relacionada com a existência de uma atenção precoce na comunidade onde vivem, e quando a atenção se inicia por volta de 6 meses de idade, além de diminuir a prevalência, diminui a gravidade da lesão.

Dentro das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, aprovadas pelo Ministério da Saúde (2004), para o grupo de crianças de 0 a 5 anos, nas orientações sugeridas destaca-se a organização para o ingresso desse grupo etário no sistema de atenção no máximo a partir dos 6 meses. E que as ações de saúde bucal façam parte de programas integrais de saúde da criança, compartilhadas por uma equipe multiprofissional.

No município de Belo Horizonte, em algumas UBS, os CDs já fazem o acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos de idade. Botelho (2006) fez um estudo no Centro de Saúde Maria Goretti, onde avaliou a saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos e verificou, entre outras prioridades, a necessidade de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos para alcançar essa faixa etária e o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar com todos se responsabilizando pelo cuidado da saúde da criança dentro de uma filosofia preventiva. Relatou ainda que o cuidado com a saúde bucal deve iniciar-se antes do nascimento do primeiro dente decíduo.

OBJETIVO GERAL

- Propor o início do atendimento odontológico aos bebês na 1ª semana de vida nas Unidades Básicas de Saúde no município de Belo Horizonte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conscientização da família ou responsáveis pelo bebê da prática educativa e preventiva da saúde bucal;
- Manutenção da saúde bucal do bebê;
- Redução da cárie dentária na população infantil;
- Diminuição dos encaminhamentos à atenção secundária;
- Redução na necessidade de tratamento endodôntico de dentes decíduos;
- Condicionamento das crianças para qualquer tratamento futuro.

Proposta de um protocolo para a 1ª visita odontológica do recém-nascido na UBS

Em aula sobre “Conceito de Rede na Atenção à Saúde”, a Prof.^a Helenita Cely, da PUC-Porto Alegre, em 05/12/2008, relatou sobre a ficha odontológica do bebê na 1ª semana de vida, nas UBS de Porto Alegre, especificamente no dia do exame do pezinho, após o que surgiu a ideia da sugestão de um protocolo para a 1ª consulta odontológica nas UBS na cidade de Belo Horizonte, com o propósito de desenvolver um trabalho educativo e uma conscientização junto à família, tendo como objetivo prioritário antecipar a visita ao CD, visando à promoção da saúde e prevenção das doenças bucais e não o tratamento das sequelas.

É importante salientar ser apenas uma sugestão a ser adaptada, modificada e pensada a partir da realidade local, dentro de um conceito ampliado de saúde e com base no princípio da integralidade. Sugere-se também que a organização do serviço não tenha como predominância o modelo assistencial individual e curativo em detrimento das ações de promoção de saúde. Sabe-se que a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde como um todo e que o processo de prevenção aliado com a promoção de saúde tem importância fundamental na vida de uma pessoa, ainda mais em se tratando do atendimento a bebês.

De acordo com o Projeto Global de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, “torna-se necessária a padronização de condutas para enfrentamento das necessidades prioritárias levantadas no nível local, a partir de todas as diretrizes e protocolos já produzidos e consolidados, que procuram discutir e mudar a prática clínica tradicional, apresentando melhores alternativas para atendimento e resolução dos problemas acumulados”.

O teste do pezinho, realizado para a detecção do Hipotireodismo Congênito, da Fenilcetonúria, da Fibrose Cística e das doenças Falciformes, doenças responsáveis por grande parcela dos casos de deficiência mental, é realizado nas 146 UBS da PBH desde meados de 90; essas doenças, quando tratadas precocemente, evitam graves deficiências físicas e mentais; o teste é realizado em 98% da clientela do município no 5º dia de vida do recém-nascido; as gestantes são orientadas durante o pré-natal sobre o exame e da sua importância

(SMSA-PBH). Nesse dia são realizadas também as vacinas de BCG e a 1ª dose da hepatite B.

Aproveitando a família com o bebê na UBS, seria realizada a primeira consulta odontológica, um contato inicial com os pais, por meio de uma conversa (acolhimento), e depois seria feita a ficha odontológica. Nessa oportunidade, através de informações objetivas e simples, seriam repassadas aos pais orientações educativas, incluindo amamentação, hábitos dietéticos e higiene bucal. Na impossibilidade de repassar todas as informações e realizar o exame da cavidade bucal do bebê nesse dia, devido a dificuldades pós-parto da mãe, seria agendado um retorno juntamente com a 2ª dose da vacina de hepatite B, quando o bebê completar um mês. Para obter-se a participação, adesão e colaboração dos pais é fundamental uma conscientização, pois ela é a chave principal para educar e motivar.

Para Vianna (2008), falar de promoção e atenção primária em saúde bucal é falar em “Puericultura Odontológica” e

“o simples fato de a criança nascer sem dentes não significa que não teríamos nada a cuidar e nada a promover para a sua saúde bucal. A cavidade oral e os dentes devem ser priorizados da mesma maneira que as vacinas são priorizadas nos primeiros anos de vida da criança”.

O profissional, através da anamnese e do exame físico, tem que conhecer a criança no seu aspecto social, familiar, assim como suas condições bucais (WALTER et al, 1997).

Ao realizar-se o exame intrabucal, algumas alterações, anomalias ou deformidades congênitas podem ser observadas, entre elas:

-dentes natais (presentes ao nascimento) ou neotais (que irrompem durante os primeiros 30 dias de vida do bebê): incidência baixa; normalmente são incisivos inferiores decíduos e, excepcionalmente, dentes supranumerários; o tratamento deverá ser baseado no diagnóstico radiográfico; em algumas situações, o melhor é a extração, quando apresenta mobilidade, devido ao perigo de deslocamento e conseqüente aspiração. A extração, quando indicada, deverá ser realizada após a 1ª semana de vida, para evitar hemorragia excessiva. Na opção por conservá-los dentes normais e maduros, deve-se alisar as bordas para não machucar o mamilo materno durante a amamentação (WALTER et al., 1997; MACHADO et al., 2005);

-fissuras labiopalatinas: são defeitos congênitos mais comuns no homem, resultantes da falta de fusão entre os processos faciais embrionários e entre os processos palatinos. A prevalência oscila entre 1 e 2 indivíduos afetados para cada 1.000 nascimentos e sujeitam-se à influência da região geográfica, grupo étnico e socioeconômico, idade materna e história familiar. A família necessita de uma orientação imediata para abrandar suas inquietações, devolver a estabilidade emocional perdida e orientações fundamentais sobre o processo da amamentação natural, que deve ser incentivada. A mãe deve ser orientada no sentido de que, no momento da mamada (natural ou artificial), o bebê deve estar em posição confortavelmente sentada, com a cabeça num nível mais elevado em relação ao resto do corpo. A higiene buconasal deve ser feita com o uso de cotonete embebido em água antes de cada mamada para eliminar acúmulos de secreção e após cada mamada para eliminar restos de leite. O tratamento, muitas vezes longo, envolve inúmeras especialidades e deve iniciar-se precocemente, com a finalidade de se cumprir o ideal das reabilitações morfológica, funcional e psicossocial (SILVA FILHO, 2008). Quando o aleitamento materno não for possível, o bebê será alimentado por meio de mamadeira com bico de látex de formato ortodôntico com perfuração equivalente a uma agulha fina, para que o leite goteje e o bebê necessite sugar vigorosamente para obtê-lo, exercitando a musculatura orofacial. Para algumas crianças com fissuras, a utilização do açúcar pode ser orientada com o objetivo de ganho de peso, permitindo a realização de cirurgias; porém, a utilização indiscriminada do açúcar deve ser ponderada, lembrando que o bebê ainda não conhece os sabores e aceitará o alimento independente da adição do açúcar (COSTA et al., 2005);

-cistos mucosos: constituem o achado clínico mais frequente em recém-nascido; estão localizados por vestibular ou palatino das cristas alveolares; têm origem embriológica diversa; desaparecem espontaneamente num período de três meses, e nenhum tratamento é necessário. São eles:- cistos da lâmina dentária: localizados na crista do processo alveolar e são remanescentes da lâmina dentária; - nódulos de Bohn: nódulos múltiplos ao longo do rebordo alveolar e, em especial, na região do palato mole e duro; - pérolas de Epstein: são cistos queratinizados, localizados na região mediopalatina, ao longo da rafe palatina mediana, e estão presentes em 80% dos recém-nascidos (VALENTIM, 2005; MACHADO et al., 2005);

-epúlide congênito do recém-nascido: tumor benigno de etiologia desconhecida; massa pedunculada de cor rosada, com inserção na crista do rebordo ou processo alveolar, sendo mais frequente na maxila, na região de incisivos ou caninos. O tratamento pode ser cirúrgico, ou então o acompanhamento do caso, pois existe a possibilidade de regressão espontânea (VILLENNA e CORREA, 2005)

-doença de Riga - Fede: são ulcerações traumáticas na face ventral da língua; o fator desencadeante reside na ação das bordas afiadas dos incisivos inferiores, em especial os dentes natais ou neotais sobre a língua durante o aleitamento ou sucção (VALENTIM, 2005; MACHADO et al., 2005);

-candidíase pseudomembranosa aguda: popularmente conhecida por sapinho, é uma das doenças mais prevalentes em bebês. É causada por fungo, sendo a *Cândida Albicans* o agente etiológico mais comum. A infecção neonatal ocorre em razão do contato direto com o micro-organismo no trato vaginal durante o nascimento. As lesões bucais se caracterizam por inúmeras placas cremosas, amolecidas e esbranquiçadas, com aspecto de pequenos flocos de leite coalhado, levemente elevado, aderido à mucosa, não sendo removidos com facilidade. Pode se manifestar na mucosa, língua e palato. O bebê pode se apresentar com irritação ou dificuldade para mamar (MACHADO et al., 2005).

O aleitamento materno é considerado o mais natural e o método mais desejável de alimentação infantil no que diz respeito aos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos. O leite materno atende às necessidades nutricionais do bebê, além de providenciar energia para o seu desenvolvimento, crescimento e fornecer proteção contra infecções. Até aos 6 meses é recomendado como única fonte de alimento para o bebê. O ato do aleitamento materno em si é uma forma de se transmitir amor, carinho e aconchego e cria um vínculo afetivo e de segurança entre a mãe e o filho, estimulando o crescimento e a formação da musculatura da face, que representa o fator inicial do bom desenvolvimento dentofacial. Outra grande vantagem é suprir a necessidade de sucção, característica da fase oral, diminuindo a possibilidade de a criança adquirir hábitos deletérios (WALTER et al. 1997; TOLLARA et al., 2005; PERCINOTO et al., 2005).

O aleitamento artificial em mamadeiras como complemento da alimentação deverá ser desencorajado, pois o uso delas prejudica a prática de o

recém-nascido mamar no peito, e só devem ser indicadas quando da total impossibilidade do aleitamento natural, tentando-se seguir o mais de perto possível as posturas adotadas para o método natural (EDUARDO e CORREA, 2005).

Atualmente, a prática da amamentação natural está sendo valorizada e muito estimulada. A OMS recomenda o aleitamento materno até aos 2 anos de idade ou mais, pois ele é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis; sabe-se, entretanto, o desmame deve acontecer.

A dieta do desmame, que ocorre com a introdução gradual de outros alimentos, deve ser cuidadosamente orientada. Deve ser gradativa e atraumática para ambos os envolvidos, retirando-se o aleitamento natural ou artificial.

A amamentação noturna, seja ela natural ou artificial, aumenta o risco de ocorrência de cárie. Ela deve ser controlada após a erupção dos primeiros dentes, e o limite de idade aceito para a amamentação noturna é de 12 meses (WALTER et al. 1997).

Massara et al. (1998) consideram que o desmame deve acontecer até os 12 meses, respeitando o ritmo e as diferenças individuais da criança, destacando o provável potencial cariogênico do leite materno quando consumido em condições inadequadas; salientam que as campanhas de conscientização da população sobre amamentação natural não abordam a importância do desmame e a necessidade da limpeza bucal diária.

Em torno dos seis meses de vida o bebê já está fisiologicamente preparado para outro tipo de suplemento alimentar, sendo um período adequado para que ele comece a se adaptar a diferentes alimentos, texturas alimentares e modos de alimentação. Deve-se orientar a mãe para evitar, depois de ter amamentado seu filho durante meses, a introdução da mamadeira como meio de fornecer líquidos ao bebê, pois nessa idade inicia-se a capacidade de engolir líquidos em copos e canequinhas sem engasgar e alimentos amassados oferecidos com a colher (Eduardo e Correa, 2005). Sugere-se ainda como orientação para a retirada da mamadeira noturna, que deve ser feita, de preferência, antes da erupção dos dentes, a diluição do conteúdo com água e diminuição da quantidade de açúcar, tornando-a menos saborosa e espaçada (FERNANDES et al., 2005).

A introdução precoce e incorreta do açúcar na dieta leva ao desenvolvimento do paladar pelo açúcar, o que pode favorecer o risco e o aumento

de cárie e o risco de obesidade infantil (Fernandes et al., 2005). Nadanovsky (2008) relata que alimentos com quantidade de açúcar tendem a oferecer só calorias vazias e pouca nutrição, levando à falta de nutrientes importantes na dieta. Machado et al. (2005) e Pinto (2008) orientam sobre o uso racional do açúcar, não adicionar ou reduzir a utilização na alimentação infantil, ou seja, evitar o consumo diário muito frequente e, principalmente, um contato prolongado, por demais frequente com os dentes.

A dieta de cada indivíduo depende do seu poder aquisitivo, dos costumes e das tradições da comunidade em que vive; as camadas de baixa renda consomem elevada quantidade de produtos à base de hidratos de carbono, pois é uma fonte de energia mais acessível aos salários (PINTO, 2008).

Outro hábito relacionado à dieta é o uso de chupetas associadas ao mel ou açúcar para que a criança acalme e adormeça, o que, aliado à ausência de limpeza ou escovação, aumenta o risco de ocorrência de cárie.

Sabe-se que a amamentação natural ou artificial prolongada, oferecida sem critérios, associada à introdução de uma dieta de desmame cariogênica e sem uma correta higiene oral, pode favorecer o desenvolvimento de cárie, acometendo a dentição decídua precocemente. É nossa responsabilidade alertar e desencorajar sobre o aleitamento natural ou artificial irrestrito e oferecido à livre demanda após o período do desmame, orientar sobre a introdução dos alimentos do desmame e ensinar à família como realizar a higiene bucal do bebê. Massara et al.(1998) afirmam que o uso prolongado do aleitamento materno e com alta frequência pode ocorrer em função de carências afetivas, da dificuldade da mãe em negar o peito ao filho e da desinformação sobre os riscos relativos à cárie dentária.

Segundo Walter et al. (1997), um bebê que mama à noite no primeiro ano de vida tem 9% de possibilidade de desenvolver cárie. Se a prática continua até 24 meses, essa chance se amplia em 110%, e se continuar mamando até 36 meses, a possibilidade é de 270%.

Os pais devem ser orientados para iniciar os procedimentos de limpeza bucal o mais precocemente possível, entre o 2º e o 3º meses de vida do bebê, com o intuito de criar um condicionamento e uma adaptação dele às manobras de higiene bucal; o momento do banho é oportuno, pois a limpeza da boca estará inserida na

prática diária da higiene pessoal e se torna um hábito na sua rotina diária (MACHADO et al., 2005).

A higienização da cavidade bucal do bebê antes do período irruptivo deve ser realizada com fralda ou gaze embebida em água filtrada ou fervida, pelo menos uma vez ao dia; a mãe deve ser informada que a introdução da higiene antes da erupção dos primeiros dentes tem a função de condicionar a criança à higienização e familiarizá-la com o toque em sua cavidade bucal, além de deixá-la limpa (PERCINOTO et al., 2005).

A partir de seis, sete meses de idade, em média, com a irrupção dos primeiros dentes decíduos, a higiene bucal do bebê passa a ter importância para a prevenção efetiva da cárie precoce da infância; a partir da modificação da dieta do bebê, com a introdução de novos alimentos, sugere-se que a limpeza seja feita também nos dentes com fralda ou gaze umedecida com água fervida ou filtrada, no mínimo em dois momentos, após o almoço e à noite, antes de dormir, removendo o biofilme ou placa bacteriana da melhor maneira possível; deve-se orientar aos pais que ele está presente mesmo quando não conseguimos vê-lo. O mais importante é a qualidade da higiene bucal e não a sua frequência. A partir do período de erupção dos molares decíduos, os cuidados com a higiene bucal tornam-se mais importantes, pois o risco de transmissibilidade e colonização por uma microbiota aumenta. Recomenda-se uma escova dentária de cabeça pequena e cerdas extras macias, cabo longo, sem dentifrício ou dentifrício sem flúor, e que a escovação seja de fato eficiente naqueles dois momentos considerados mais importantes (MACHADO et al., 2005).

As orientações de higiene bucal deverão ser demonstradas nas crianças pelo CD, que em seguida deve pedir à mãe para fazê-lo a fim de que ele possa corrigir suas deficiências para correta aplicação (Walter,1997). Com essa atitude o profissional induzirá a mãe a ter uma coparticipação e ser corresponsável pela saúde bucal do bebê (Machado et al., 2005). O simples ensinamento à mãe de que pequenas e eficazes ações, como a ponta de uma fralda molhada para fazer a higiene bucal do bebê, prevenindo uma cárie de grande virulência, como a cárie de mamadeira, ou uma infecção comum como o sapinho, muito contribuiria para o bem-estar da criança e para o fortalecimento da relação materno-infantil (VIANNA, 2008).

Nenhum programa de promoção de saúde ou prevenção é efetivo sem um controle regular. Os retornos periódicos, quando se trata de atendimentos a bebês, têm por finalidade manter a saúde bucal, motivando e instruindo os pais quanto aos hábitos saudáveis. Orientações sobre a importância da boca, da dentição decídua, do conceito de cárie dentária como doença, informações a respeito dos benefícios da atenção odontológica precoce, higiene bucal, da alimentação, devem ser reforçados a cada consulta. Groisman (2008) enfatiza a importância da orientação constante das mães, pois elas são as principais responsáveis pela promoção e saúde bucal das crianças, podendo ser consideradas agentes multiplicadores.

A periodicidade das consultas de retorno é individual, variando de acordo com os fatores de risco. A finalidade será anular ou diminuir o risco à doença cárie do bebê, enfatizando a mudança de comportamento dos pais. Além dos fatores biomédicos ou específicos da doença, devem ser avaliados os fatores psicossociais, considerando uma avaliação mais global. Fatores a serem considerados: higiene oral, amamentação, hábitos alimentares, condição sócioeconômica, educação, hábitos e saúde bucal dos pais, atitude dos pais em relação ao bebê e experiência de cárie dos irmãos (MODESTO, 1998).

Muitos profissionais da saúde lidam com as doenças como se elas fossem completamente independentes umas das outras, no entanto, a maioria delas tem determinantes comuns, e como tal devem ter abordagem de riscos comuns, pois os fatores de risco estão quase sempre interligados. A estratégia para modificar a dieta visando melhorar a saúde de modo geral é mais apropriada do ponto de vista comportamental do que uma ação específica para reduzir consumo de açúcar para evitar cárie, assim como a inclusão da higiene bucal dentro da higiene pessoal como um todo (NADANOVSKY, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se cada vez mais valorizar a atenção odontológica precoce com a intenção de favorecer um desenvolvimento bucal saudável desde a mais tenra idade. O exercício da odontologia em crianças é abrangente e não pode se limitar apenas à prevenção e solução dos problemas bucais; a sua atuação é mais ampla e precoce, visando um futuro cada vez mais saudável. Desempenha papel importante quanto aos aspectos psicológicos e educacionais e para isso é preciso construir uma relação de confiança entre dentista, pais e criança, de tal maneira que a experiência seja positiva e gratificante para todos.

Este trabalho, efetivamente, propôs uma iniciativa para o início do atendimento aos bebês, e, apesar da proposta não ter sido implementada, espera-se que ela faça parte da rotina diária dos CDs das UBS e que possa trazer benefícios, como a redução da cárie dentária na população infantil, a diminuição dos encaminhamentos à atenção secundária, a redução na necessidade de tratamentos endodônticos de dentes decíduos e o condicionamento das crianças para qualquer tratamento futuro.

O importante é que o atendimento odontológico aos bebês se inicie precocemente, seja no dia do exame do pezinho, com um mês de idade, com três meses ou até com seis meses, e que a doença cárie não aconteça, pois ter cárie não é natural. Ter dentes saudáveis durante toda a vida é que deve ser um processo natural e desejável.

A educação para a saúde exige um esforço permanente para adequar-se às contínuas e dinâmicas mudanças dos cenários nos quais se realiza, deve ser adequada à realidade sócioeconômica de cada população e viável de ser incorporada no dia a dia das pessoas envolvidas. E qualquer proposta de trabalho deve ser considerada sempre inacabada.

A missão maior da odontologia atual é uma ampliação dos horizontes para que possamos identificar e sermos transformadores das verdadeiras causas e/ou mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhora dos níveis de saúde geral e da saúde bucal da população.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, janeiro, 2004. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/publicacoes.pdf>. Acesso em 02 mar.2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/publicacoes.pdf>. Acesso em 02 fev. 2009.
4. BOTELHO, M. B. O. **Situação da saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos de idade na área de abrangência do centro de saúde Maria Goretti**. Belo Horizonte: Centro de Estudos Odontológicos do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, 2006. (Monografia, Especialização em Saúde Coletiva).
5. CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde**. Ottawa, novembro, 1996. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarg/ottawa.pdf>. Acesso em 02 mar.2009.
6. CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2005.
7. COSTA, B.; CARVALHO, C. F.; NEVES, L. T.; GOMIDE, M. R.; Atendimento Odontológico de bebês com fissuras labiopalatinas. In: MACHADO, M. A. A. M. et al. **Odontologia em bebês**. Protocolos clínicos, preventivos e restauradores. São Paulo: Santos, 2005 p.137 a 148.
8. EDUARDO, M. A. P.; CORRÊA, M. S. N. P. Aleitamento artificial. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2005, p.99 a 106.
9. FADEL, C. B.; WAGNER, D. M.; FURLAN, M. F. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição das crianças. **Rev. Odonto. Cienc.** 23 (1): 31-34. 2008. Disponível em <http://caioba.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fo/article/view/3743/2868>. Acesso em 10 mar. 2009.
10. FEITOSA, S.; COLARES, V.; ROSEMBLATT, A. Os fatores psicológicos e sociais relacionados à cárie precoce na infância. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v.4, n.18, p.143-147, mar/abr. 2001.
11. FERNANDES, F. R. C. et al. A cárie dentária. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2005, p. 223-238.

12. GROISMAN, S. O futuro da odontologia. **Rev. ABO Nac.** v.16, n.2, p. 71-76, abr/mai. 2008.
13. MACHADO, M. A. A. M. et al. **Odontologia em bebês.** Protocolos clínicos, preventivos e restauradores. São Paulo: Santos, 2005.
14. MASSARA, M. L. A. et al. Associação entre aleitamento materno e lesões cariosas: relato de um caso. **Rev. do CROMG**, Belo Horizonte, v. 4, n.2, p.94-99, jul./dez. 1998.
15. MEDEIROS, V. V. Atenção odontológica para bebês. **Rev. Paulista de Odontologia**, São Paulo, v.15, n.6, p.18-27, nov./dez.1993.
16. MODESTO, A. Determinação do risco à doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção em crianças de 0 a 36 meses. **J. Bras. Odontop. Odontol. Bebê**, v.1, n.4, 1998, p.41-42.
17. NADANOOSKY, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2008, p.357-374.
18. PERCINOTO, C. CUNHA, R. F. Odontologia para bebês. In: ASSED, S. **Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica.** São Paulo: Artes Médicas, 2005, p.787-810.
19. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE- Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/testedopezinho.pdf. Acesso em 21/03/2009.
20. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE- Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Global de Saúde Bucal.** Aprovado no Plenário do Conselho Municipal de Saúde em 13 de julho de 2006.
21. PINTO, G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2008
22. SILVA FILHO, O. G. et al. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2008, p. 569-609.
23. TOLLARA, M. N. et al. Aleitamento natural. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 2005, p.83-98.
24. VALENTIM, C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 2005, p.739-751.
25. VIANA, R. B. C. O futuro da odontologia. **Rev. ABO Nac.** v.16, n.2, p.71-76, abr/mai. 2008.

26. VILLENA, R. S.; CORRÊA, M. S. N. P. Características do sistema estomatognático. Algumas anomalias no recém-nascido. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2005, p. 107-120.
27. WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSÃO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos três anos**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
28. WALTER, L. R. F. Desafio do atendimento de criança de 0 a 3 anos: como educar para prevenir. In: **Conceitos e procedimentos para uma nova odontologia**. Opinion Makers. São Paulo: VM Comunicações Ltda., 2002, p. 102-115.
29. WALTER, L. R. F. O futuro da odontologia. **Rev. ABO Nac.** v.16, n.2, p. 71-76, abr/mai.2008.
30. WALTER, L. R. F.; NAKAMA, R. Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês. **J. Bras. Odontop. Odontol. Bebê**, v.1, n.3, jul/set. 1998, p. 91-100.