

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

**AÇÕES DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

ANDREZA ISABEL DE SOUZA COSTA

**DIAMANTINA/MINAS GERAIS**

**2011**

ANDREZA ISABEL DE SOUZA COSTA

**AÇÕES DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientador: Ms. Heriberto Fiuza Sanchez

DIAMANTINA/MINAS GERAIS

2011

ANDREZA ISABEL DE SOUZA COSTA

**AÇÕES DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientador: Ms. Heriberto Fiuza Sanchez

Banca Examinadora

Professora Dr<sup>a</sup> Efigênia Ferreira e Ferreira

Professor Gilmar Fonseca Leal

Professora Maria de Lourdes Carvalho Alvarenga

Aprovada em Corinto: 06/08/2011

## **DEDICATÓRIA**

A minha amada filha Júlia, dedico este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo dom da vida.

Aos meus pais pelo apoio.

Ao meu querido esposo Júnior.

As minhas amigas de curso e companheiras de viagem: Fabiana, Jumara, Lília e Patrícia pela amizade que cresceu entre nós.

Ao meu orientador Ms Heriberto Fiúza Sanchez que com muita humildade, tranqüilidade e seriedade conduziu a orientação desse trabalho.

À Líliam Fernandes que esteve sempre disponível para ajuda.

À coordenação, professores e tutoras: Mariana Véo Nery de Jesus e Silmeiry Angélica Teixeira.

## RESUMO

A saúde bucal da criança constitui-se em importante tema que deve ser tratado dentro da Atenção Primária a Saúde. O contato, após o nascimento da criança, ou preferentemente durante o pré-natal, entre os membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os pais representa uma oportunidade para estimular escolhas saudáveis, quanto aos conceitos e às práticas adequadas à saúde bucal. Este trabalho teve como objetivos formular propostas, a partir da revisão de literatura, voltadas para orientar pais e responsáveis por crianças na faixa etária entre 0 e 3 anos quanto à promoção, prevenção e diagnóstico precoce de enfermidades relacionadas à saúde bucal, em particular a cárie dentária. A revisão foi realizada na BIREME, nas bases BBO, MEDLINE E LILACS, por artigos publicados no período de 1995 a 2010 na língua portuguesa. Foram selecionados 19 artigos para leitura e análise. Os resultados apontam, entre outros, para orientação da gestante e da dieta, controle mecânico do biofilme bucal e uso racional do flúor, ficando ainda claro que os conhecimentos advindos de diferentes áreas da saúde são imprescindíveis para uma abordagem adequada para a saúde bucal nesse grupo etário.

Unitermos: educação em saúde, promoção em saúde, estratégias, odontologia para crianças

## **ABSTRACT**

Oral health of the children is an important issue to be discussed in daily activities of Primary Health Care. The contact, after the birth of the child, or preferentially during the first days of life, among the members of the team of the Family Health Strategy (FHS) and parents represents a chance to stimulate healthful choices. This work had as objective to formulate proposals, from a literature review, to guide parents and/or responsible for children in the age between 0 and 3 years about the promotion, prevention and early diagnosis of diseases related to the oral health, specially caries. The revision was carried through BIREME, in bases BBO, MEDLINE and LILACS, for articles published in the period of 1995 to 2010 in the portuguese language. Nineteen articles were selected and analyzed. The results point dietary and pregnant orientation, the mechanic control of the dental plaque and the rational use of fluorine. It can be also pointed that different approaches from the team is necessary to provide the most important information in oral health to this group.

Uniterms: health in educacion, health in promotion, strategies, dental care to childrens

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Unitermos usados, trabalhos encontrados e trabalhos selecionados para leitura e análise, revisão de literatura sobre ações de saúde bucal para crianças de 0 a 36 meses na atenção primária, 2011.....20
- Tabela 2. Trabalhos selecionados para leitura contendo abordagem voltada para o atendimento precoce na promoção de saúde bucal e principais contribuições para o tema, revisão de literatura sobre ações de saúde bucal para crianças de 0 a 36 meses na atenção primária, 2011.....21
- Tabela 3. Trabalhos selecionados para leitura contendo abordagem voltada para o conhecimento dos pais em relação aos cuidados de saúde bucal de seus filhos e principais contribuições para o tema, revisão de literatura sobre ações de saúde bucal para crianças de 0 a 36 meses na atenção primária, 2011.....22



## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
CD	Cirurgião dentista
ESF	Estratégia Saúde da Família
F	Flúor
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	111
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
3	OBJETIVO	18
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS	20
6	DISCUSSÃO	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
8	REFERÊNCIAS	30

## 1 INTRODUÇÃO

A razão da escolha do tema foi a existência na comunidade do Mendanha, distrito do município de Diamantina, localizado a 32 km da sede, de crianças de pouca idade que sofrem com problemas bucais e têm muito medo de dentista e também pela dificuldade no tratamento odontológico dessas crianças.

Tal fato motivou a elaboração desta revisão literária, que tem como objetivo formular propostas, embasadas na literatura disponível, voltadas para orientar pais e responsáveis por estas crianças quanto à promoção, prevenção e diagnóstico precoce de enfermidades relacionadas à saúde bucal, visando contribuir em parte para a redução da doença cárie e outros agravos nos primeiros anos de vida da criança.

Durante muito tempo prevaleceu no Brasil a prática de atendimento odontológico aos escolares de 6 a 14 anos, ficando as crianças abaixo de 6 anos excluídas da assistência. Esta exclusão justificava-se em virtude de que se achava que a doença cárie desenvolvida na dentição decídua não tinha relação alguma com a dentição permanente. Além disso, era mais prático atender somente escolares do primeiro grau (RONCALLI, 2000).

Com o desenvolvimento da Cariologia e sua incorporação na prática em alguns sistemas de saúde bucal no Brasil houve uma disseminação do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa, reforçando a importância do controle da mesma de modo mais precoce (GUIMARÃES *et al*, 2003). A partir destes conhecimentos surge a atenção precoce em odontologia, resgatando a necessidade de inclusão da clientela de 0 a 5 anos em programas de saúde bucal (RONCALLI, 2000).

A primeira experiência de atendimento precoce no Brasil iniciou-se em 1985 na Universidade Estadual de Londrina, através do Prof. Luiz Reinaldo de Figueiredo Walter. A Bebê-Clínica foi montada com o objetivo de criar técnicas de abordagem para crianças de até 12 meses de idade e para a realização de medidas de prevenção e curativas, além de desenvolver técnicas de acompanhamento para crianças de até 30 meses de idade (WALTER *et al*, 2001).

A divulgação dos primeiros resultados fez com que houvesse uma expansão para o serviço público de saúde, começando pelo município de Cambé (PR) e no serviço privado da Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda (RJ) (TEMPONI & DRUMOND, 1997).

Apesar dos esforços citados, ainda nos dias atuais observa-se um elevado índice de cáries entre crianças até 6 anos de idade e a preferência pelo atendimento de escolares ainda é preferido entre muitos formuladores de políticas na área da saúde bucal nos municípios.

A atenção à saúde bucal da Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade de Mendanha realiza ações de prevenção, educativas e, quando necessário, curativas. A assistência as crianças é dada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) sem, contudo se caracterizar como programa de bebês. Não temos, portanto um programa voltado para crianças de 0 a 36 meses. Tal fato vai ao encontro da realidade mundial que aponta o declínio mundial da cárie, em especial pelo uso do flúor, convivendo com crianças em pouca idade que ainda apresentam consideráveis índices da doença.

Espera-se que os resultados desse trabalho possam contribuir efetivamente para a reversão desse quadro, possibilitando melhores condições de saúde para as crianças nessa faixa etária.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A cárie é considerada uma doença infecto-contagiosa multifatorial. Do ponto de vista biológico a doença é desencadeada por três fatores individuais primários: microorganismos cariogênicos, substrato cariogênico e hospedeiro (ou dente) suscetível. Esses fatores interagem num determinado período de tempo, levando a um desequilíbrio no processo de desmineralização e remineralização entre a superfície dentária e a placa (Biofilme) adjacente (MALTZ, 1996 In: TOLEDO, 1996).

A prevalência da cárie dentária nos primeiros anos de vida é um assunto muito discutido e cujas variáveis existem dentro das características sociais, culturais e econômicas de cada população (CERQUEIRA, 2008).

A cárie precoce é considerada um sério problema de saúde, com maior prevalência em grupos de baixo nível sócio-econômico, mas também observada na população em geral. As crianças que apresentam cárie dentária de forma precoce têm maior probabilidade de desenvolver subsequentemente cárie na dentição permanente, com efeito direto sobre a dentição, de modo que consequências dessa enfermidade são observadas também na saúde geral (DRURY, 1999).

WALTER *et al.* (1992), em Londrina, na Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina – PR, após 6 meses de estudos em crianças de zero a 30 meses, verificaram que no primeiro ano de vida 23% já apresentavam cárie, com 2 anos 28% apresentavam tal doença e, com 2 anos e 6 meses 62% já tinham lesões cariosas.

O Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 mostrou que 27% das crianças de 18 a 36 meses e quase 60% das crianças de 5 anos de idade apresentavam pelo menos um dente decíduo cariado. Em média, uma criança brasileira com até 3 anos de idade já possui, no mínimo, um dente com experiência de cárie; aos 5 anos, esse valor aumenta para quase três dentes. Graves disparidades regionais foram constatadas sendo que regiões brasileiras que reconhecidamente enfrentam maiores problemas sócio-econômicos são as mesmas que apresentam maiores índices de doenças bucais (BRASIL, 2003).

Segundo SANT'ANNA *et al.* (2002), o desenvolvimento de lesões de cárie severas em bebês ainda representa uma das situações clínicas mais complexas para os profissionais da área odontológica. Outros problemas, tais como traumatismos e maloclusão, são também frequentes. Assim, faz-se necessário um atendimento primário

nos aspectos preventivo, curativo e reabilitador, dentro de princípios de integração multi, inter e intradisciplinar. Opinião semelhante apresenta DEZAN *et al.*(1994), para quem o tratamento odontológico curativo para crianças até 30 meses de idade é uma das maiores dificuldades com que se depara a Odontologia. A cárie dentária constitui-se numa doença de alta prevalência em todas as idades e seu controle está, entre outros, na dependência da educação e motivação do paciente.

A Odontopediatria assistiu na década de 1990 a inclusão, entre seus procedimentos, do atendimento às crianças de tenra idade, constituindo a chamada Odontologia para bebês (GIORDANO,2001).

De acordo com CORRÊA e MAIA (1998), a área de Odontologia para Bebês, destinada à clientela na primeira infância (até 3 anos de idade), estabelece estratégias preventivas, além de um tratamento qualificado. Considerando isso, MEDEIROS (1993) sugere a adoção de cuidados precoces na intenção de deter a instalação e o curso da doença.

LÓPEZ (1999) acredita que a Odontologia para Bebês é uma resposta às necessidades da comunidade em educação e atenção à saúde oral do grupo etário de 0 a 5 anos de idade. O objetivo é a conscientização quanto aos cuidados com a saúde bucal e ao mesmo tempo atuação profissional, possibilitando um trabalho interdisciplinar, resultando num motivo de consulta preventivo e não curativo, portanto podendo levar a redução da prevalência de cáries dentárias na população infantil.

Um aspecto que chama a atenção na prevalência de cárie em bebês é a existência ou não de atenção precoce na comunidade onde vivem. A visita odontológica nos primeiros meses de vida é justificada, principalmente pela possibilidade de prevenção de doenças, manutenção da saúde bucal e também pelo fato das crianças crescerem ambientadas ao consultório odontológico (CERQUEIRA *et al*, 2008).

Para BONECKER *et al.* (1995) e MACHADO *et al.*(2005) é importante conhecer o comportamento das crianças associando-o às diferentes condutas. A abordagem de tratamento odontopediátrico realizada em bebês difere em alguns aspectos da preconizada para crianças de maior idade, devido à complexa anatomia da cavidade bucal e aos padrões de crescimento e desenvolvimento do paciente de pouca idade os quais requerem maior atenção do profissional. Desta maneira é importante um protocolo básico de orientação

sobre os exames físico, clínico e radiográfico - gerais e específicos - visando ao atendimento e ao diagnóstico precoce.

A disseminação de conhecimentos a respeito dos fatores etiológicos, meios de prevenção e controle das doenças bucais, objetivando a promoção de saúde da população, representa o principal motivo educacional a ser alcançado, cujo início deve ser precoce, através da orientação às gestantes e às mães de recém-nascidos, já que estas passam a ser as principais responsáveis pelo desenvolvimento de hábitos em seus filhos (GUIMARÃES,2003; MAGALHÃES,2009; MELO e WALTER,1997).

No trabalho de DI REIS e MOREIRA (1995) realizado junto a crianças que possuíam mais de um fator de risco à cárie, observou-se a necessidade de orientação dos pais, desde os primeiros meses de vida dos filhos. Ainda nesse trabalho, os autores concluíram que para garantir uma efetiva redução do risco de cárie, é de extrema importância o tempo de acompanhamento da criança e que a idade oportuna para o início da atenção odontológica é de 0 a 12 meses – quando os fatores determinantes da doença começam a se instalar.

KUHN (2002) afirma que a informação ou conhecimento materno prévio sobre hábitos adequados refletem em atitudes saudáveis em relação à saúde bucal de seus filhos. O envolvimento materno com medidas educativas e preventivas, em programas de promoção da saúde bucal, pode determinar redução na prevalência da cárie em bebês, promovendo resultados positivos, simples e de baixo custo. No entanto, de acordo com FERREIRA e GAÍVA (2002) e SIMIONI *et al.* (2005), a percepção que as mães de bebês de 0-24 meses têm em relação à atenção precoce em Odontologia ainda é limitada. Muitas mães associam a necessidade de higiene bucal à presença de dentes. Apesar disso, praticam algum tipo de higiene bucal em seus bebês e demonstram também preocupação em relação à saúde bucal de seus filhos. Para os autores existe a necessidade da implementação de ações práticas voltadas à educação em saúde, principalmente a odontológica e da atenção odontológica para bebês. No mesmo raciocínio CRUZ *et al.* (2004) verificaram o conhecimento e percepção que um grupo de mães têm sobre a higiene bucal de seus bebês e concluíram que são poucas as mães que têm informações sobre a higiene bucal do filho, sendo o pediatra o principal informante. A higiene bucal realizada pela maioria das mães começa antes da erupção do primeiro dente decíduo de seu filho.

GUIMARÃES *et al.* (2003) e MEDEIROS(1993) destacam a necessidade de aconselhamento pré-natal mostrando a importância de cuidados clínicos para o estabelecimento de um quadro favorável à saúde bucal da gestante e, também, a

necessidade de se empreender cuidados preventivos educativos enfocando a motivação para o controle da dieta alimentar, o controle da placa bacteriana e a utilização de suplementos dietéticos. A mudança de atitude dos pais, visando estabelecer hábitos favoráveis à saúde bucal o mais precocemente possível em seu filho é muito importante. Um exemplo simples de mudança de atitude foi abordado por GUIMARÃES *et al.* (2004) e MOSS(1996), quando explicaram que as bactérias bucais são transferidas pelos pais para o bebê durante os atos frequentes de acalantar, beijar e brincar, por isso o hábito de higiene bucal dos genitores é muito importante para a saúde oral do filho. A limpeza da cavidade bucal do bebê é outra maneira eficaz de prevenção à cárie, e deve ser realizada mesmo antes dos dentes da criança irromperem.

Segundo PINHEIRO (1994) a orientação precoce da mãe envolve ainda a orientação nutricional para o bebê, principalmente em relação à amamentação noturna e à época de desmame. A higiene dos dentes assim que irrompem e a necessidade de utilização correta do fluoreto são condutas relevantes que merecem a consideração do Odontopediatra.

MAGALHÃES *et al.*, (2009) concordam que as estratégias educativo-preventivas devem ser aplicadas em conjunto para uma maior eficácia na prevenção e manutenção da saúde, sendo importante, portanto, a interação entre diversos profissionais da saúde. Os autores salientam também a importância da orientação da gestante, controle da dieta e do biofilme dentário e uso do flúor para a promoção de saúde bucal em bebês. Para Massao *et al.* (1996) os programas preventivos devem incluir acompanhamento do estado nutricional, promoção e manutenção de saúde bucal.

Segundo MELO e WALTER (1997) a visita ao dentista já no primeiro ano de vida é justificada, principalmente, pela manutenção de sua saúde bucal e também pelo fato das crianças crescerem já ambientadas com os consultórios dentários, se a procura for para intervenção preventiva.

O meio mais fácil de executar a limpeza é deitar a criança com a cabeça de encontro ao estômago do pai, em seu colo, utilizando um pedaço pequeno de gaze, por cerca de dois minutos, duas vezes ao dia (WALTER *et al.*, 1992).

O uso de chupetas associadas a açúcar, mel ou geléia, assim como o uso de mamadeira contendo leite, suco, ou algo que não seja água pura durante várias vezes ao dia, deve ser evitado (MOSS,1996 e RIPA,1988).



Pioneira no Brasil, a Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina- Paraná, há mais de 14 anos realiza procedimentos educativos em relação aos pais e preventivo-curativos em relação aos filhos, com início aproximadamente aos 6 meses de idade, coincidindo com a erupção dos primeiros dentes decíduos. Segundo WALTER *et al.* (1992) seus resultados têm sido tão positivos que vêm estimulando outras entidades a implementarem o mesmo programa, como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Faculdade de Odontologia de Caxias (RJ), entre outras. Ainda em relação às experiências realizadas em Instituições de Ensino Superior, MELHADO (2000) constatou que o atendimento odontológico prestado pela Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (SP) influencia na redução da prevalência da cárie dentária das crianças que receberam tratamento.

### **3 OBJETIVOS**

Objetivo geral:

Formular propostas, a partir da revisão de literatura, voltadas para orientar pais e responsáveis por crianças na faixa etária entre 0 e 3 anos quanto à promoção, prevenção e diagnóstico precoce de enfermidades relacionadas à saúde bucal.

Objetivo específico:

Contribuir para a redução da doença cárie e outros agravos nos primeiros anos de vida da criança nessa faixa etária.

## 4 METODOLOGIA

A revisão bibliográfica para obtenção de dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://www.saudepublica.bvs.br> (BIREME). Foram usadas as bases BBO, MEDLINE E LILACS para a pesquisa. A opção foi por trabalhos publicados no período de 1995 a 2010 na língua portuguesa. Foram buscados e analisados trabalhos acadêmicos apresentados na forma de artigos porque essa é a principal fonte na qual pesquisadores e profissionais fazem uso. Foram usados os unitermos “orientações saúde bucal crianças”, “promoção saúde oral em crianças”, “estratégias para a promoção de saúde bucal”, “protocolo de promoção de saúde bucal para a criança”, e “programa de odontologia preventiva para bebês”.

Foram obtidas 395 produções científicas e destas 19 foram selecionadas para leitura e análise. A escolha foi feita baseada na leitura dos títulos e resumos dos artigos selecionados buscando identificar a presença de conteúdo que abordasse a promoção e prevenção em saúde bucal de crianças na primeira infância.

O material selecionado foi lido em sua íntegra e dele foram extraídos os conteúdos principais que permitam responder ao objetivo proposto, qual seja a formulação de propostas voltadas para a orientação de pais e responsáveis por crianças quanto à promoção, prevenção e diagnóstico precoce de enfermidades relacionadas à saúde bucal de crianças de 0 a 3 anos.

## 5 RESULTADOS

A tabela 1 traz um detalhamento quanto aos trabalhos encontrados e efetivamente selecionados para a leitura e análise, em cada um dos unitermos usados na busca. Cabe ressaltar que muitos dos trabalhos encontrados eram disponibilizados repetidamente entre os diferentes unitermos utilizados.

**TABELA 1: Unitermos usados, trabalhos encontrados e trabalhos selecionados para leitura e análise, revisão de literatura sobre ações de saúde bucal para crianças de 0 a 36 meses na atenção primária, 2011**

<b>UNITERMOS USADOS</b>	<b>TRABALHOS ENCONTRADOS</b>	<b>TRABALHOS SELECIONADOS</b>
“orientações saúde bucal crianças”	<b>23</b>	<b>5</b>
“promoção de saúde oral em crianças”	<b>345</b>	<b>8</b>
“estratégias para a promoção de saúde bucal”	<b>1</b>	<b>1</b>
“protocolo de promoção de saúde bucal para a criança”	<b>3</b>	<b>1</b>
“educação em saúde bucal na primeira infância”,	<b>12</b>	<b>3</b>
“programa de odontologia preventiva para bebês”	<b>11</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL DE TRABALHOS</b>	<b>395</b>	<b>19</b>

A leitura e análise dos 19 artigos selecionados permitiram identificar a importância do atendimento precoce na promoção da saúde bucal e sobre os conhecimentos dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal dos seus filhos. As tabelas 2 e 3 trazem um resumo dos principais conteúdos disponíveis nos artigos selecionados para análise, segundo a abordagem que recebeu o trabalho: atendimento precoce e conhecimento dos pais em relação ao tema.

**TABELA 2: Trabalhos selecionados para leitura contendo abordagem voltada para o atendimento precoce na promoção de saúde bucal e principais contribuições para o tema, revisão de literatura sobre ações de saúde bucal para crianças de 0 a 36 meses na atenção primária, 2011**

<b>AUTORES E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>ATENDIMENTO PRECOCE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL</b>
Garboza <i>et al.</i> ,(1997)	Os resultados na população estudada mostram a eficácia do atendimento precoce na promoção da saúde bucal nessa faixa etária.
Guimarães <i>et al.</i> ,(2003)	Os objetivos mostram a importância de atender bebês precocemente destacando a influência da socialização antecipada na formação de hábitos saudáveis na criança, a partir dos cuidados desenvolvidos pela mãe.
Magalhães <i>et al.</i> ,(2009)	Apresentam estratégias preventivas como orientação da gestante, diminuição da transmissão de bactérias aos bebês, controle da dieta e do biofilme dentário e uso do flúor.
Oliveira <i>et al.</i> , (2010)	Consideram que a atenção precoce visa reduzir as chances de desenvolvimento de cárie em bebês e sua ambientação em consultório odontológico além da criação de hábitos de higiene bucal.
Ramos <i>et al.</i> , (1999)	Salientam que orientações quanto à promoção de saúde devem ser passadas as mães o mais precocemente possível visto que as gestantes e mães de recém-nascidos são os principais agentes para o desenvolvimento de hábitos em seus filhos.
Colares <i>et al.</i> , (2002)	Preconizam que programas de aconselhamento sobre saúde bucal devem ser individualizados e proporcionar informações sobre o desenvolvimento do sistema estomatognático, cárie e medidas caseiras de cuidados com a saúde bucal.

**TABELA 3: Trabalhos selecionados para leitura contendo abordagem voltada para o conhecimento dos pais em relação aos cuidados de saúde bucal de seus filhos e principais contribuições para o tema, revisão de literatura sobre ações de saúde bucal para crianças de 0 a 36 meses na atenção primária , 2011**

<b>AUTORES E ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>CONHECIMENTO DOS PAIS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE BUCAL DOS FILHOS</b>
Morais <i>et al</i> ,(2000)	Em seus estudos concluíram que os pais mesmo cientes da possibilidade de ocorrência de cárie na vigência de dietas cariogênicas, tiveram uma grande resistência quanto à mudança da dieta.
Couto <i>et al</i> ,(2001)	Acrescentam que o fator sócio econômico interfere marcadamente no acesso a informação e que para a realização de um trabalho bem sucedido de promoção a saúde bucal é fundamental conhecer as necessidades e limitações da comunidade assistida.
Mastrantonio <i>et al</i> ,(2002)	Verificaram que antes da elaboração de programas educativos deve-se avaliar o nível de conhecimento odontológico do público alvo, para que tais programas sejam adequados as reais necessidades da população a ser educada.
Massoni <i>et al</i> , (2005)	Pode-se concluir que a população estudada ainda percebe a odontologia como uma prática mutiladora e distante das atividades de promoção de saúde, reflexo das práticas de orientação inadequadamente recebidas.
Theodoro <i>et al</i> ,(2007)	Com base nos resultados dos estudos conclui-se que há necessidade de maiores esclarecimentos em saúde bucal para bebês, principalmente a maioria desfavorecida socioeconomicamente.
Guarientini <i>et al</i> ,(2009)	Verificaram a necessidade de fornecer aos pais e/ou responsáveis informações para a aquisição e manutenção de hábitos saudáveis por toda a família para o sucesso de programas de promoção de saúde bucal.
Massoni <i>et al</i> ,(2009)	A população estudada apresentou conhecimento razoável, entretanto limitado no que concerne aos cuidados com a saúde bucal, sendo necessária a elaboração de programas que as oriente quanto a esses aspectos.
Campos <i>et al</i> ,(2010)	Concluíram que mães de nível sócio-econômico menos favorecido apresentaram menor conhecimento em saúde bucal
Ferreira <i>et al</i> ,(2010)	Os participantes da pesquisa tinham um conhecimento limitado sobre a odontologia na primeira infância, evidenciando a necessidade de implementação de programas de educação continuada sobre o tema.

Outros autores selecionados relataram a importância da interação multiprofissional para a manutenção da saúde bucal nas crianças de menor idade:

MOREIRA *et al.* (2004) afirmam que os profissionais de saúde, tais como os pediatras e obstetras devem atuar conjuntamente com os odontopediatras para maiores esclarecimentos em relação a saúde oral para gestantes e seus bebês.

RAMOS *et al.* (1999) verificaram ser importante a interação entre profissionais da medicina e da odontologia no atendimento a crianças de pouca idade. Consideram ainda que sendo os pediatras os primeiros agentes de saúde a manipular as crianças, estes passam a ter uma importância fundamental na educação e também no reconhecimento de alterações bucais e principalmente no encaminhamento precoce ao dentista.

Em estudo para avaliar o tipo de lanche consumido por crianças de 1 a 6 anos em uma escola de Araraquara (SP), bem como suas medidas antropométricas e a condição de saúde, CAMPOS *et al.* (2004), verificaram inadequação na distribuição dos lanches consumidos, os quais são considerados potencialmente danosos à saúde. Sendo assim, torna-se importante a realização de orientação nutricional para o esclarecimento de hábitos e dieta saudável.

O trabalho de SILVA *et al.* (2010) ressalta que a interação entre os profissionais das diversas áreas de saúde pode favorecer significativamente o desenvolvimento e estabelecimento de hábitos saudáveis e adoção destes por parte de pais e filhos, visando ao bem estar e melhor qualidade de vida.

## 6 DISCUSSÃO

Preconiza-se atualmente que a 1ª visita da criança ao dentista deve ocorrer por volta dos 6 meses de idade, período de erupção dos primeiros dentes, sendo, portanto, uma consulta mais para prevenção e orientação e não para tratamento (WALTER *et al*, 1995).

No trabalho de MAGALHÃES *et al.* (2009), os autores apresentam através de revisão literária estratégias preventivas na qual o conjunto destas proporcionará aos profissionais da saúde um guia prático de como gerar e manter a saúde bucal das crianças de 0 a 36 meses:

- 1ª Estratégia Preventiva: Orientação da gestante

Apesar de a prevenção ter como alvo o bebê, os cuidados odontológicos devem ser iniciados na gestação. A forma de abordagem das gestantes através do cirurgião-dentista é através dos contatos com os médicos e/ou enfermeiros sobre os cuidados básicos com a saúde bucal da grávida para que eles transmitam a elas, ou a inserção do CD no tratamento pré-natal para que este se responsabilize pela orientação.

- 2ª Estratégia Preventiva: Minimizar a transmissão de bactérias cariogênicas aos bebês

Aqui se faz importante o aconselhamento e tratamento odontológico para a saúde do bebê, já que as mães são as principais transmissoras de microorganismos aos filhos.

- 3ª Estratégia Preventiva: Orientação da dieta

O leite é o alimento de maior utilização, daí a importância do esclarecimento sobre o potencial cariogênico.

- 4ª Estratégia Preventiva: Controle mecânico do biofilme dentário

É o método preventivo mais seguro quanto sua execução, pois é fácil de ser aplicado (higienização bucal) e, em período crítico pode ser realizado pelo profissional (profilaxia).

- 5ª Estratégia Preventiva: Indicação de flúor aos bebês

Em relação aos dentifrícios fluoretados Walter *et al* (1996) indicam seu uso em bebês, quando a escova é introduzida, sendo que a porção de dentifrício para uma criança menor de 5 anos não pode ser maior do que uma ervilha pequena, já que sua ingestão excessiva pode causar fluorose. Em contrapartida, Medeiros *et al* (1993) e Cury (2001) não



recomendam dentifrícios fluoretados para os bebês pois estes ingerem quantidade considerável de flúor, podendo levar a fluorose quando associado a regiões com fluoretação na água de abastecimento. Orientações devem ser dadas em relação à frequência de escovação (2 x dia) e quantidade mínima de dentifrício (tamanho de grão de arroz cru) que deve ser usado nesta faixa etária.

Diante do paradigma de promoção da saúde e da necessidade de interação da odontologia, SILVA *et al.* (2010) apresentam aos cirurgiões-dentistas informações atualizadas pertinentes a uma dieta saudável na primeira infância. Assim, possibilitam que o profissional tenha condições para fazer o aconselhamento dietético a pais ou responsáveis por crianças na faixa etária de 0 a 3 anos e as demais áreas de saúde visando o bem estar e a qualidade de vida devendo portanto incentivar práticas de alimentação saudável. Ressaltam que uma alimentação saudável desde o nascimento tem potencial para contribuir para uma dentição saudável correlacionada por sua vez com a saúde geral.

Entre as recomendações citadas pelos autores estão:

- Alimentação exclusiva com leite materno nos primeiros meses de vida sendo que esta constitui uma prática indispensável para a saúde e desenvolvimento da criança;
- Atenção odontológica precoce com orientações sobre a dieta para o bebê, principalmente no que se refere à amamentação noturna e o período de alimentação complementar;
- Educar os pais para que limitem o consumo de sacarose;
- Erradicar hábitos nocivos pode ser uma tarefa mais fácil se houver cooperação e envolvimento de uma equipe multidisciplinar.

MOREIRA *et al.*, (2004) acreditam ser necessário equipe capacitada para participação nos programas pré-natais para motivar as futuras mães a mudar atitudes visando a promoção de saúde bucal de seus filhos. Acrescentam ainda que deve ser usada uma linguagem acessível, sem muitos termos técnicos, com palavras claras que possam ser compreendidas, despertando assim o interesse da família para adoção de estilo de vida adequado favorecendo uma boa saúde bucal e geral.

Com base em evidências científicas, associadas a resultados do estudo qualitativo nacional de práticas alimentares e do estudo multicêntrico de consumo alimentar, o Ministério da Saúde elaborou recomendações para crianças menores de 2 anos. A seguir, os “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras” (BRASIL, 2002):

- 1.º passo: dar somente leite materno até os 6 meses de idade, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;
- 2.º passo: a partir dos 6 meses, ofertar de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais;
- 3.º passo: a partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada;
- 4.º passo: a alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança;
- 5.º passo: a alimentação complementar precisa ser espessa desde o início e ofertada de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e gradativamente aumentar a sua consistência, até chegar à alimentação da família;
- 6.º passo: oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;
- 7.º passo: estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
- 8.º passo: evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, principalmente nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
- 9.º passo: cuidar da higiene no momento do preparo e manuseio dos alimentos; garantir armazenamento e conservação adequados;
- 10.º passo: estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Em trabalho realizado por Silva *et al*, (2005) chegou-se à conclusão que ações educativas voltadas à primeira infância são necessárias e devem ser priorizadas na atenção primária à saúde, sendo que os responsáveis pelas crianças devem ser incluídos nessas ações pois estes têm grande influência no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança.

Na população estudada por Massoni *et al* (1997) verificou-se que os aspectos percebidos pelos pais após as atividades educativas foram representativos de práticas cotidianas (controle mecânico do biofilme pela escovação e uso do fio dental) havendo portanto uma necessidade de desenvolver programas educativos voltados não só para situações menos freqüentes (como o cuidado com a dieta) mas também determinantes do processo saúde doença.

Para Guimarães et al (2003), através de um maior esclarecimento sobre a filosofia do atendimento a bebês, a odontologia poderá atuar de forma menos mutiladora, contribuindo para manter e melhorar a saúde das pessoas, acreditando que a atenção precoce é a principal arma para o desenvolvimento de gerações mais saudáveis.

Theodoro et al (2007), constataram em seus estudos que o nível educacional, bem como o nível socioeconômico da família, mais especificamente o da mãe, tem uma relação direta com o nível de saúde da criança. Os resultados encontrados apontam que quanto maior o nível socioeconômico da mãe, maior seu grau de conhecimento sobre a saúde bucal e acrescentam que as desfavorecidas socioeconomicamente precisam receber mais informações sobre educação em saúde bucal para seus bebês.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma eficácia e manutenção da saúde bucal, as estratégias educativas e preventivas devem ser aplicadas em conjunto, sendo importante a participação de todos os profissionais de saúde.

Os pais são tão importantes quanto os profissionais de saúde na educação de seus filhos, uma vez que estes influenciam mais na educação em saúde da criança. Portanto, é fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse público na atenção primária à saúde.

Não há dúvida quanto à grande importância dos fatores biológicos envolvidos na etiologia da doença cárie. Sabe-se, por outro lado, que trata-se de doença reconhecidamente multifatorial, com forte influência das condições gerais de vida dos indivíduos no aparecimento da mesma. Dessa maneira observou-se na revisão de literatura uma grande lacuna relacionada à abordagem da prevenção da cárie dental a partir de determinantes mais amplos. Poucos são os trabalhos que abordam, por exemplo, a questão da escolaridade materna. Fica documentada a necessidade de novos estudos que reflitam sobre a determinação mais ampla dessa doença sobre a primeira infância, assim como fez Drumond (2002).

De acordo com os achados as propostas para a UBS onde estou inserida seriam:

- Aplicação de questionários às gestantes que realizam o pré-natal na unidade e às mães que levam seus filhos para consulta médica ou de enfermagem com a finalidade de avaliar se elas possuem informações a respeito do acompanhamento odontológico do bebê desde os primeiros anos de vida e se elas buscariam este serviço se fosse oferecido na unidade.
- Buscar meios de motivá-las sobre a importância do cuidado com a saúde bucal nos primeiros anos de vida.
- Implantação de oficinas com a participação de toda equipe de saúde (médico, enfermeiro, ACS) para que estes ajudem a motivar as mães a levarem seus bebês ao consultório odontológico desde cedo.
- As crianças deverão ser avaliadas pelo dentista no máximo até 6 meses de idade, porque é importante iniciar o acompanhamento antes que todos os dentes estejam erupcionados na cavidade bucal.

- Fornecer orientações aos pais quanto:
  - . Importância do aleitamento materno
  - . Alimentação saudável
  - . Dieta alimentar dos bebês e uso racional do açúcar
  - . Orientação e conscientização sobre higiene bucal e saúde
  - . Importância dos dentes
  - . Hábitos inadequados – amamentação noturna, etc
  - . Importância do flúor.

O objetivo dessas orientações é que o atendimento odontológico seja voltado para as causas, a origem e não para o tratamento da doença já instalada. Esta abordagem tem como intenção facilitar a adoção de hábitos saudáveis ao invés de modificar hábitos inadequados, na maioria das vezes adotados devido a fatores sócio culturais.

## 7 REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

Bönecker MJS, Guedes Pinto AC, Duarte DA. Abordagem odontopediátrica integral em clínica de bebês. Rev Assoc Paul Cir Dent 1995; 49: 307-10.

Bönecker MJS, Fonseca YPC, Duarte DA. Protocolo básico de orientação para exame clínico em bebês. Rev Assoc Paul Cir Dent 1999; 53: 103-7.

Campos JADB, Zuanon ACC. Merenda escolar e promoção de saúde Cienc Odontol Bras 2004 jul./set.; 7 (3).

Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveira EG, Schmitt BHE. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Jul-Sep;7(3):287-95.

Corrêa MSN, Maia MES. Técnicas de abordagem, In: Corrêa MSN. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 1998. p. 165-177. .

Cruz AMG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL; Medeiros PFV. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande– PB. Pesqui Bras Odontopediatria Clín integr 2004; 4:185-9.

Cury JA. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri, LN. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Ed. Santos; 2001.p.33-68

Dezan CC, Frossard WTG, Walter LRF, Castaneda LCR. O uso da sedação com hidrato de cloral na odontologia para bebês. Rev Bras Odontol 1994; 51: 08-11.

Di Reis I T, Moreira SC. Risco de cárie em bebês. Rev Odont Bras Cent 1995; 5: 11-7.

Drumond, MM. A criança, seu “em torno” e a cárie [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2002.

Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2002; 4: 485-9.

Garboza CSo, Walter LRE. Estudo da Prevalência de Cárie numa População de 0 a 5 anos Atendida Precocemente pela Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina SCmi/l3, Londrina, Vo 18, ed. especial, p. 51-54, fev. 1997.

Giordano DV. Odontologia para bebês. Rev Bras Odontol 2001; 58: 150-1.

Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6: 83-6.

Guimarães MS, Zuanon ACC, Spolidório DMP, Bernardo WLC, Campos JADB. Atividade de cárie na primeira infância, fatalidade ou transmissibilidade? Ciênc Odontol Bras 2004; 7:45-51.

López AMP. Odontologia para bebês. Rev Fac Odontol Univ Antioquia 1999; 10:17-22.

Machado MAAM, Silva SMB, Abdo RCC, Hoshi AT, Peter EA, Grazziotin GB, et al. Odontologia em bebês: protocolos clínicos, preventivos e restauradores. São Paulo; Santos; 2005.

Magalhães AC, Rios D, Honório HM, Machado MAAM. Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. Odontol clin-cientif 2009; 8: 245-9

Massao JM, Sued ML, Giordano DV, Gama RS, Santos RA, Carneiro AA. Filosofia da clínica de bebês da UNIGRANRIO-RJ. Rev Bras Odontol 1996; 53: 6-13.

Medeiros UV. Atenção odontológica para bebês. Rev Paul Odontol 1993; 15: 18-20, 22-3, 26-7.

Massoni ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Percepção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal Rev Odontol UNESP. 2005; 34(4): 193-97.

Melhado FL. Influência do atendimento odontológico para bebês sobre a prevalência da cárie dentária: estudo comparativo. [dissertação de mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

Melo MM, Walter LRF. Relação comportamental em bebês de 0 a 30 meses. Semina 1997;18: 43-6.

Moreira, Chaves e Nóbrega - Uma Atuação Multidisciplinar Relacionada à Promoção de Saúde Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 259-264, set./dez. 2004

Moss SJ. Crescendo sem cárie: um guia preventivo para os pais. São Paulo: Quintessence; 1996.

Oliveira ALBM, Botta AC, Rosell FL. Promoção de saúde bucal em bebês. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2010; 22(3): 247-53, set-dez

Pinheiro AR. Informações básicas a respeito da cárie, fatores etiológicos e preventivos. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Pró-reitoria de Extensão, 1994.

Ramos B C, Maia LC. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v. 13, n. 3, p. 303-311, jul./set. 1999.

Silva DDF, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev. odonto ciênc.* 2008;23(4):375-379

Simioni LRG, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG* 2005; 12: 167-173.

Sant'Anna GR, Guaré RO, Côrrea MSNP, Wanderley MT. Clínica na primeira infância: tratamento preventivo, curativo e reabilitador. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2002; 5:54-60.

Silva CM, Basso DF, Locks A. Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Oct-Dec;7(4):458-65.

Temponi A, Drumond RSP. Programas de saúde bucal para bebês: uma análise de relatos de pesquisa. In: ENATESPO, 13/ Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, 2, 1997, Cuiabá. Anais... Cuiabá, 1997. não pag.

Theodoro DS, Gigliotti MP, Marchini T, Oliveira TM, Silva SMB, Machado MAAM. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal dos bebês. *Odontologia. Clín.-Científ., Recife*, 6 (2): 133-137, abr/jun., 2007

Walter L R F Ferrele A, ISSAO M. (in memoriam). *Odontologia para o bebê: Odontopediatria do nascimento aos 3 anos.* São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246p.

Walter LRF, Garbelini ML, Gultierrez MC. *Bebê Clínica: "a experiência que deu certo".* Saúde em Debate 1992; 6: 65-8.

Walter LRF. *Odontologia para o bebê* São Paulo: Artes Médicas; 1995.