

# Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares

Oral health in the family health strategy: perceptions of professionals and family carers

Salud oral en la estrategia salud de la familia (ESF): opiniones de profesionales y de parientes cuidadores

*Lidiane da Silva Gomes Oliveira\**  
*Débora Dupas Gonçalves do Nascimento\*\**  
*Fernanda Ferreira Marcolino\*\*\**

**RESUMO:** O objetivo do estudo foi identificar a percepção dos cuidadores familiares e profissionais da ESF em relação ao cuidado em saúde bucal de crianças de 0 a 2 anos e as ações desenvolvidas nesta faixa etária. Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa constituída de 19 sujeitos, sendo 9 profissionais e 10 cuidadores familiares. Para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado e para o tratamento dos dados empíricos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin. As categorias formuladas a partir dos discursos foram agrupadas, configurando-se 8 categorias: Cuidado ampliado x Modelo medicocêntrico, Percepção do cuidado ampliado em saúde bucal, Atenção e cuidado em saúde bucal, A saúde bucal no cotidiano da prática profissional, Influência das relações familiares no cuidado em saúde bucal, Cuidado compartilhado família e dentista, Hábitos bucais nocivos e Cárie precoce da infância. O estudo revelou a percepção de cuidado em saúde bucal de ambos os grupos e como as ações profissionais se desenvolvem neste contexto. Evidenciou também que a responsabilidade do cuidado em saúde bucal oferecido à criança deve ser compartilhada entre a equipe e os cuidadores familiares, para que haja efetividade das ações e garantia do cuidado integral da criança.

**PALAVRAS-CHAVE:** Programa Saúde da Família. Saúde bucal. Saúde da criança.

**ABSTRACT:** The aim of the study was to identify the perception of professional and family carers of ESF regarding oral health care for children up to 2 years old and actions developed for these subjects. This is an exploratory descriptive qualitative study. Subjects were 19; 9 professionals and 10 family carers. Data were collected using a semi-structured script for interview and data treatment used the content analysis technique developed by Bardin. The 8 categories arriving from discourses were grouped; they are extended care x a medical-centric Model, Perception of extended care in oral health, Assistance and care in oral health, oral health in daily professional practice, Influence of family relations in oral care, family and dentist shared oral care, harmful oral habits and early infant teeth decay. The study identified the perception of oral care of both groups and how professional actions are developed in this context. It also evidenced that the responsibility for oral care offered to children must be shared by the health team and family carers, so that actions are effective and guarantee integral care of children.

**KEYWORDS:** Family Health Program. Oral health. Children health.

**RESUMEN:** La meta del estudio fue identificar la opinión de los cuidadores profesionales y parientes cuidadores en la ESF respecto al cuidado médico oral para niños hasta 2 años y acciones desarrollados para estos sujetos. Es un estudio cualitativo descriptivo exploratorio. Los sujetos fueron 19; 9 profesionales y 10 parientes cuidadores. Los datos se obtuvieron mediante una entrevista semi-estructurada y el tratamiento de los datos utilizó la técnica del análisis del contenido desarrollada por Bardin. Las 8 categorías de discursos que emergieron fueron agrupadas; ellas son: cuidado extendido x modelo médico-céntrico, Percepción del cuidado extendido en salud oral, Asistencia y cuidado en salud oral, Salud oral en la práctica profesional diaria, Influencia de las relaciones de familia en cuidado oral, Familia y cuidado oral compartido con el dentista, Hábitos orales dañosos y Caries infantil temprana. El estudio identificó la opinión a cerca del cuidado oral de ambos grupos y cómo las acciones profesionales se desarrollan en este contexto. También evidenció que la responsabilidad del cuidado oral ofrecido a los niños se debe compartir entre el equipo de salud e los parientes cuidadores de modo que las acciones sean eficaces y aseguren el cuidado integral de niños.

**PALABRAS LLAVE:** Programa salud de la familia. Salud oral. Salud de niños.

\* Cirurgiã-Dentista Especialista em Saúde da Família – FASM/CSSM/MS. São Paulo, SP. E-mail: alidiane@terra.com.br

\*\* Fisioterapeuta. Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FASM/CSSM/MS. São Paulo, SP.

\*\*\* Nutricionista. Especialista em Saúde da Família. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FASM/CSSM/MS. São Paulo, SP.

## Introdução

A Atenção Básica, a partir de 1994, foi reestruturada e reorganizada com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), recentemente denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal estratégia passou a considerar a família como unidade de intervenção e firmou como pressupostos a reorientação das práticas profissionais, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Neste novo modelo de atenção, as intervenções são baseadas nas necessidades de saúde da população, dentre elas, a saúde bucal, que visa a ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos, além de gerar impactos positivos nos índices epidemiológicos.

Embora alguns estudos demonstrem que a prevalência de cárie dentária tenha diminuído entre crianças e adolescentes, verifica-se que os grupos etários de 18 a 36 meses ainda apresentam índices elevados de cárie<sup>1</sup>.

De acordo com os dados obtidos pelo levantamento epidemiológico em Saúde Bucal da População Brasileira<sup>2</sup>, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, identificou-se que 27% das crianças deste grupo etário apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária. Com base neste perfil se faz necessário que o enfoque das ações em saúde bucal se dê para além das práticas assistenciais e curativas, mas que englobe ações preventivas e de promoção da saúde.

O atendimento odontológico à criança, no passado, restringia-se ao tratamento de doenças bucais e orofaciais, tanto no setor público como no privado. Somente a partir de 1980, enfatizou-se a importância de esclarecer e motivar os pais quanto à necessidade de prevenção precoce dos problemas bucais em crianças, visto que a infância é o

período ideal para a incorporação de hábitos<sup>3</sup>.

A valorização da promoção e prevenção em saúde bucal, tanto por profissionais quanto por cuidadores, destaca-se como determinante para um melhor cuidado em saúde bucal das crianças de 0 a 2 anos<sup>4</sup>.

O conhecimento e os hábitos em saúde bucal dos cuidadores apresentam grande relevância no que diz respeito ao correto desenvolvimento do sistema estomatognático e à manutenção da saúde bucal das crianças de 0 a 2 anos. Os cuidados dentais aprendidos e realizados pela criança são ensinados pelos pais, o que demonstra a necessidade de incluir e valorizar a participação da família nas ações de promoção e prevenção em saúde bucal<sup>3</sup>.

A ESF possibilita a aproximação da equipe de saúde com a família, por meio de consultas, visitas domiciliares e grupos. A abordagem educativa em grupo é uma estratégia que pode ser utilizada para a melhoria do autocuidado, co-responsabilização e empoderamento dos indivíduos. O envolvimento dos cuidadores na elaboração dos temas abordados nos grupos educativos que são realizados na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) possibilita a construção de vínculos e de um espaço de trocas com vistas à efetivação da prática educativa dialógica e problematizadora, o que ajuda a fortalecer a população para o enfrentamento dos problemas e necessidades relacionados à saúde bucal.

Além disso, compreender as condições em que vivem as crianças e como elas são cuidadas é fundamental para o estabelecimento de ações voltadas para o seu bem-estar<sup>5</sup> de forma contextualizada e condizente com suas reais necessidades.

Dessa forma o presente estudo teve como objetivo identificar a percepção do cuidador familiar e dos profissionais da ESF em rela-

ção ao cuidado em saúde bucal de crianças de 0 a 2 anos e as ações desenvolvidas para esta faixa etária.

## Metodologia

A pesquisa tem caráter descritivo exploratório a partir de uma abordagem qualitativa. Foi desenvolvida em uma UBSF da Cidade Tiradentes, localizada na zona leste do Município de São Paulo.

A abordagem qualitativa busca apreender as dimensões e complexidades dos fenômenos para além dos dados estatísticos, o que permite aprofundar a compreensão sobre a realidade pesquisada<sup>6</sup>.

A população do estudo constituiu-se de 9 profissionais de uma das equipes da UBSF, sendo eles: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar em saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde (ACS). O auxiliar de enfermagem da equipe foi convidado a participar da pesquisa, porém preferiu abster-se.

A partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foram identificadas as famílias com crianças menores de dois anos pertencentes a esta equipe de saúde da UBSF. Dentre estas famílias, foram sorteadas duas de cada microárea, totalizando 10 famílias, que atenderam ao critério de inclusão de ter a criança assistida a maior parte do tempo por um cuidador familiar.

Todos os participantes foram convidados à entrevista e após ciência e concordância com os objetivos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi mediada por dois roteiros de entrevista semiestruturados, que investigaram o entendimento de cuidado em saúde bucal de profissionais e cuidadores, além dos cuidados oferecidos às crianças e as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para esta população. Um

deles foi realizado no domicílio com os cuidadores familiares selecionados e outro aplicado aos profissionais na UBSF. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Diversas leituras do material empírico permitiram a formação de núcleos temáticos, que foram agrupados formando categorias. Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin<sup>17</sup>, que busca compreender o pensamento dos sujeitos por meio das condições empíricas do texto.

## Resultados e discussão

O conjunto de profissionais entrevistados foi composto por 8 sujeitos do sexo feminino e 1 do sexo masculino, tendo em média 29,3 anos de idade e 3 anos de trabalho na ESF. Já o conjunto de cuidadores familiares foi composto por 10 indivíduos, sendo 8 mães e 2 avós, com média de 32,7 anos de idade, 5 deles com ensino fundamental incompleto, 1 com ensino fundamental completo e 4 com ensino médio completo. A principal ocupação referida por 7 dos cuidadores foi a de cuidado com o lar, 2 dos entrevistados relataram ser autônomos e apenas 1 operador de caixa. As famílias eram compostas em média por 4,7 pessoas e o tempo médio de cadastro na UBSF foi de 4 anos. Com o intuito de garantir o anonimato do conjunto dos sujeitos do estudo, os cuidadores foram denominados de C1 a C10 e os profissionais de P1 a P9.

As categorias formuladas a partir dos discursos dos profissionais e cuidadores foram agrupadas de forma a possibilitar o confronto entre o discurso desses dois grupos, configurando-se em 8 categorias a saber: Cuidado Ampliado x Modelo Medicocêntrico, Percepção do cuidado ampliado em saúde bucal,

Atenção e cuidado em saúde bucal, A saúde bucal no cotidiano da prática profissional, Influência das relações familiares no cuidado em saúde bucal, Cuidado compartilhado família e dentista, Hábitos bucais nocivos e Cárie precoce da infância e sua relevância na prevenção de problemas bucais.

### Cuidado Ampliado x Modelo Medicocêntrico

O modelo biomédico fundamenta-se na teoria mecanicista, com maior enfoque nos aspectos biológicos em detrimento dos efeitos sociais, psicológicos e comportamentais que influenciam no processo saúde doença<sup>18</sup>. No início do século 20, surgem as especialidades médicas, dentre elas a pediatria, com o objetivo de melhorar as condições de saúde e vida infantil por meio de ações educativas direcionadas às mães, consideradas principais responsáveis pela integridade da criança<sup>19</sup>. A partir da adoção da postura autoritária pelos médicos, as mães passaram a considerá-los detentores do saber, vinculando a saúde infantil ao acompanhamento médico periódico. Essa percepção pôde ser evidenciada nas falas tanto de dois profissionais, assim como na de um dos cuidadores sobre o entendimento acerca do cuidado da criança:

P3: ... "Bom, é a marcação de consulta, né? É higiene, é alimentação que é importante, o leite materno exclusivo no período de 6 meses, a dentição da criança, né?"

P2: ... "Olha ela precisa ter uma alimentação correta, precisa de todo mês levá-la no médico, pra ver se ela ta pegando peso, se ela ta crescendo adequadamente."

C9: ... "E assim ficou doente tem que levar no médico, você tem que dá os remédios no horário, tem que ver também o tempo pra você sair; até pelo menos ela fazer um ano, a amamentação é importante também. Porque é

onde ela vai conseguir as defesas pra quando ela ficar doente ela fica melhor mais rápido, né?"

O modelo biomédico despreza o contexto psicossocial necessário para o entendimento integral do indivíduo e sua doença. Este modelo de atenção se contrapõe ao modelo biopsicossocial, que valoriza as dimensões psicológicas, física e social dos indivíduos e permite uma visão integral do ser e do adoecer, enquanto processos inerentes ao indivíduo<sup>16</sup>. O cuidado ampliado considera além dos aspectos biológicos, as vivências e percepções dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, a fim de atender as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais, dentre outros aspectos. O entendimento de cuidado ampliado foi identificado nos discursos de um cuidador e de dois profissionais:

P1: ... "Ela precisa ser valorizada, precisa entender que a família gosta dela, que ela é querida, que ela é bem aceita na família e precisa de ter uma boa alimentação, precisa ter uma boa higiene, precisa ter bastante atenção."

P9: ... "Ah, cuidado é cuidar da saúde, é cuidar do bem-estar, é cuidar da educação, é cuidar do carinho, amor, afeto, tudo isso é cuidado, né?"

C7: ... "Cuidados com relação à alimentação, com a higiene, com relação à saúde, né? E com certeza uma coisa que não pode faltar é muito amor e carinho."

Na infância, o cuidado ampliado deve ser visto numa perspectiva multidisciplinar e de forma pactuada com a família, o que proporcionará mudança nas práticas de cuidado realizadas por profissionais e cuidadores, em busca da atenção integral à criança.

### Percepção do cuidado ampliado em saúde bucal

Alguns estudos apontam que o cuidado em saúde bucal da criança deve ser iniciado ainda durante a

gestação<sup>3,11</sup>. Um dos temas de grande relevância a ser abordado com a futura mãe é o aleitamento materno. Vários autores já identificaram que durante o aleitamento materno o bebê exercita todo o sistema estomatognático e assim contribui para o correto crescimento craniofacial, além de sua saúde física e psíquica<sup>3,4,12</sup>. A amamentação garante um padrão correto de respiração, deglutição, posicionamento de língua, vedamento labial e tônus muscular<sup>13</sup>. Este conhecimento foi evidenciado na fala abaixo:

P9: *“A gente já começa falando bem da gestação sobre o aleitamento materno exclusivo, que é o desenvolvimento dessa parte da orofaringe.”*

Uma visão ampliada em saúde bucal considera além do fato de se manter dentes e gengivas saudáveis, o bem-estar físico proporcionado pela ausência de dores e doenças crônicas, o bem-estar emocional obtido pela auto-estima e a capacidade de convívio social sem restrições<sup>14</sup>. O cuidado ampliado pode ser exemplificado nas seguintes falas:

P1: *“Porque antes eu também não dava muita importância, porque eu também tinha essa cultura de que o dente vai cair e vai nascer outro (...). E daí eu aprendi que se os dentes de leite forem mais saudáveis, os permanentes, vão sê, vão ser mais saudáveis.”*

C4: *“Porque cada dentinho que vai nascendo, a gente tem que ter o máximo de cuidado.”*

Neste estudo pudemos evidenciar, assim como outro autor<sup>5</sup>, que houve uma valorização do cuidado com a dentição decídua, o que de acordo com os sujeitos, resultará em uma dentição permanente saudável.

### Atenção e cuidado em saúde bucal

A promoção e a prevenção da saúde bucal da criança merecem atenção diferenciadas por parte dos profissionais ainda durante a gestação<sup>3</sup>. Este é um período propício para orientar a mãe e o cuidador

quanto ao início e frequência de realização dos hábitos de higiene bucal na criança para a prevenção de instalação de cárie precoce.

A higienização da cavidade bucal deve ser iniciada antes da erupção dos primeiros dentes decíduos. Deve ser realizada utilizando uma gaze ou pano limpo umedecido com água filtrada ou soro para massagear a gengiva<sup>15</sup>. Destaca-se também a limpeza da gengiva como uma forma de remover os resíduos de leite e de acostumar a criança com a manipulação de sua boca<sup>4</sup>. A maioria dos cuidadores refere conhecer a necessidade dessa higienização precoce:

C9: *“Quando sair os dentinhos aí tem que limpar os dentes, por enquanto é o cuidado com a preparação da gengiva, após aí tem que ser os dentinhos dela, até vir a escovação, né?”*

C7: *“O que eu tô seguindo, nos mesmos passar uma gaze limpinha, algum paninho limpo, tá fazendo uma higiene mesmo sem os dentinhos. Porque mesmo sem os dentinhos acumula, né? Resíduos do leite mesmo, dos alimentos.”*

Embora seja preconizada a limpeza da cavidade bucal de bebês com uso de fraldas ou panos limpos, um dos profissionais entrevistados demonstrou em seu relato, ter postura conflitante, o que pode gerar dúvida por parte dos cuidadores sobre a prática dessa conduta:

P7: *“Aqui a gente tá dando a orientação de não limpá até aparecer os primeiros dentinhos, pela preocupação de ter uma diarreia. Antigamente não, a gente pedia pra limpá. Hoje em dia não (...). A gente vê muita mãe limpar a boca com a mesma fralda que usa pra limpar o nariz.”*

Em relação à introdução da higienização utilizando a escova dental, esta deve ocorrer após a erupção do primeiro dente decíduo. O uso de dentifrícios não é recomendado, já que pode ocorrer ingestão pelo bebê<sup>15</sup>. Esta prática

foi exemplificada na fala de um dos cuidadores:

C8: *“... Mas eu escovo também só com água, escovinha e água.”*

Crianças de até três anos de idade não devem utilizar o dentifrício fluoretado, já que não possuem capacidade de expeli-lo<sup>12</sup>. Esta orientação, apesar de amplamente divulgada nos serviços de saúde, ainda é motivo de dúvida entre os cuidadores. O fato de já ter recebido esta orientação não modifica o comportamento e o significado atribuído pelas pessoas de que a limpeza será mais efetiva com o uso do dentifrício, e pode explicar a resistência em manter seu uso. Isto fica evidente na fala de um dos cuidadores:

C10: *“Ela já tem a escovinha e a pastinha, nem sei se tá certo. Só que tem que por um pouquinho de pasta, só um pouquinho, né? Porque ela engole, ela não sabe por pra fora ainda.”*

Verificou-se na literatura científica, que a escovação dental é uma prática rotineiramente realizada por mães, e que estas estão mais conscientes da necessidade da instalação precoce de medidas de higiene bucal<sup>13</sup>. Pudemos observar que este hábito também aparece na fala de um dos cuidadores entrevistados:

C4: *“Escova sempre a boquinha dele, os dentinhos dele, a língua, a bochecha. Porque mais pra frente ele pode ter problema, né, na dentição, aí é pior.”*

### A saúde bucal no cotidiano da prática profissional

O acompanhamento em saúde bucal deve ser realizado por toda a equipe de saúde o mais precocemente possível<sup>11</sup>. A criança nos primeiros anos de vida recebe atenção diferenciada dos serviços de saúde, sendo assim é indispensável estreitar o contato dos profissionais com a criança e sua família, para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde bucal. O acompanhamento prioritário oferecido por médicos e enfermeiros às crianças

menores de 2 anos, confere-lhes posição privilegiada no cuidado em saúde bucal<sup>5</sup>. Apesar disso, a fala a seguir deixa evidente que a atenção em saúde bucal precisa ser incorporada à rotina dos atendimentos:

P8: *“Mas eu acho que às vezes acaba ficando em segundo plano a orientação bucal. Acaba a alimentação sendo uma coisa muito mais que eu acabo vendo.”*

O trabalho em equipe é essencial para a atenção em saúde bucal das crianças. É preciso que todos os profissionais se sintam responsabilizados e que esta não seja apenas uma atribuição da equipe de saúde bucal (ESB). Dessa forma, todos os profissionais de saúde ao perceberem lesões nos dentes ou tecidos bucais, devem fazer o encaminhamento para o serviço odontológico<sup>15</sup>. As trocas de saberes possibilitadas pelo trabalho em equipe permitem que todos os profissionais inseridos na ESF sejam capazes de realizar orientações sobre promoção e prevenção em saúde bucal. Nas falas abaixo é possível observar a atuação de outros profissionais da equipe:

C4: *“... Ela sempre fala comigo (agente de saúde), me explica, me dá orientações boas.”*

P5: *“... No grupo eu comento mais sobre dentição, porque o que eu vejo nos grupos é que as crianças têm com muita cárie assim, muito cedo.”*

O trabalho multidisciplinar realizado pela equipe de saúde na ESF deve ser integrado afim de que, as ações de cuidado no primeiro ano de vida da criança ocorram de forma articulada e horizontalizada, evitando a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário<sup>15</sup>. Na fala a seguir podemos apreender que as ações de saúde bucal permanecem ainda como atribuição da ESB:

P7: *“... As ações gerais são desenvolvidas só no grupo de odonto bebê. A gente acompanha a criança, a gente tem uma planilha no grupo e dentro*

*desse grupo a gente faz triagem de risco, e quem a gente vê que tem risco de cárie tem ações de escovação supervisionada, e quem tem vai pra cadeira e acaba tendo tratamento odontológico.”*

Muitas vezes os profissionais, em razão da divisão técnica do trabalho e da ideia de que a saúde bucal é atribuição apenas do dentista, se afastam do que julgam não ser de sua competência. Há uma concepção fragmentada do conhecimento de cada área, o que leva a um entendimento de que o corpo é dividido e, dessa forma, cada profissional teria seu campo de atuação predeterminado<sup>16</sup>, o que contraria a integralidade da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A fala do profissional exemplifica esta delimitação:

P6: *“Olha se voltar pra saúde bucal, justamente a escovação, a alimentação, essas coisas. Cada área vai ter suas responsabilidades, por exemplo, a enfermagem pode abordar mais as doenças.”*

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, os diferentes profissionais inseridos no SUS devem buscar a partir da capacitação mútua, ampliar seus conhecimentos em saúde bucal, tornando-os objeto de sua prática profissional<sup>17</sup>.

O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho construída a partir do saber técnico de cada categoria profissional permeado pela relação estabelecida entre os sujeitos<sup>18</sup>. Nesta perspectiva, faz-se necessário aos profissionais da saúde a compreensão que no trabalho em equipe não há perda das especificidades profissionais, apenas a abordagem das questões assume novas dimensões<sup>4</sup>.

É preciso desvincular as ações de saúde bucal somente à prática do cirurgião dentista ou da ESB. Estudos sugerem que é necessário transferir o foco fragmentado da saúde bucal para o da saúde integral da criança<sup>7</sup>. As falas a seguir

sugerem que o cuidado em saúde bucal ainda é pouco abordado pelos profissionais da equipe de saúde:

C2: *“... Pra falar a verdade, eu ainda teria até que ter algumas outras informações sobre (saúde bucal) porque eu não tive.”*

C7: *“... Na verdade eu também não tive nenhuma orientação com relação à higiene bucal.”*

É relevante também salientar que ainda hoje no cotidiano do trabalho dos profissionais da saúde, a figura do dentista é vinculada à dor, medo e sofrimento. Isso acontece, porque as gerações passadas vivenciaram situações traumáticas na odontologia e transmitem a seus familiares e ao meio social a associação entre sofrimento e procedimentos odontológicos. Neste estudo, essa percepção do cirurgião dentista foi identificada em apenas uma fala de um dos profissionais entrevistados, o que demonstra que a disseminação desse estigma pode ainda estar presente no meio profissional:

P6: *“... E também não colocá o dentista como bicho-papão, né? Normalmente acontece isso!”*

### Influência das relações familiares no cuidado em saúde bucal

Os hábitos de higiene são formados no interior da família desde a infância<sup>3</sup>. Nesta perspectiva, o cuidado em saúde bucal deve ser oferecido à criança menor de 2 anos pelos seus pais ou cuidadores, pois os hábitos e atitudes ensinados por eles serão incorporados e mais tarde praticados pela criança. Os cuidados em saúde bucal precisam ser estimulados pelos cuidadores, apesar das evidências apontarem que muitas vezes eles não estão presentes no contexto familiar, o que torna esta tarefa mais desafiadora. Isso pode ser evidenciado em uma das falas:

P3: *“... Mesmo que a criança não tenha muita paciência, mas os pais podem ir mostrando pra ele como é que faz, até que ele crie aquele hábito de*

*se preocupar com a higiene bucal dele mesmo, mesmo sendo criança."*

O modelo familiar desempenha um papel fundamental na aquisição de bons hábitos de higiene pela criança. Verificou-se em estudos científicos, que os responsáveis pelas crianças que tinham o hábito de escovar os dentes, participavam mais ativamente da supervisão da higiene bucal dos filhos<sup>1</sup>. A importância desta referência familiar para o aprendizado em saúde bucal é também apontada pelos profissionais e cuidadores entrevistados:

P8: ... "Os pais escovarem os dentes pra eles verem escovando, né? Porque muitas crianças não quer escovar, mas também não vê ninguém da casa escovando!"

C3: ... "Então sempre quando ele vê alguém, ele sempre quer ficar também com a escova, também brincando dentro da boca, então ajuda aprender."

Se a criança perceber que os pais ou cuidadores sentem prazer em realizar a escovação dental, esta também sentirá prazer em realizá-la<sup>19</sup>.

Outros estudos apontam que na faixa etária compreendida entre doze e dezoito meses a criança tem despertado o interesse em escovar os dentes sozinha<sup>3,20</sup>. Esta prática estimula e motiva a criança a cuidar de sua saúde bucal, porém o cuidado deve ser supervisionado e muitas vezes o cuidador deve executar de fato a higienização bucal de forma complementar<sup>3</sup>. Um profissional e um cuidador também apontaram para a necessidade de monitorar a higienização da criança, conforme exemplificado pelas falas abaixo:

P8: ... "No início ele (o pai) vai ter que escovar o dente ainda, a criança escova, depois ele vai ter que escovar de novo."

C4: ... "Ah, eu sempre tô dando a escovinha na mão dele. Primeiro eu escovo, aí depois eu dou a escovinha na mão dele."

### Cuidado compartilhado família e dentista

A mãe atua como agente multiplicador das orientações recebidas

pelos profissionais da saúde no cuidado à criança, principalmente no que diz respeito aos conhecimentos sobre saúde bucal<sup>11</sup>. Embora reconheça a importância de levar a criança ao dentista, o cuidador demonstra não compreender a necessidade de tal acompanhamento:

C1: ... "É, mas sempre tem que levar no dentista, porque tem que ir, né?"

É preciso que os cuidadores familiares sejam sensibilizados quanto à importância do acompanhamento odontológico da criança, pois de acordo com Santi<sup>3</sup> "... Os significados socialmente compartilhados sobre o processo saúde doença da boca determinam a maneira como os sujeitos agem frente ao mesmo, em termos de medida preventiva e curativa, o que remete a busca ou não pelo profissional" (p. 44).

O cuidado em saúde bucal deve ser estimulado por todos os profissionais da equipe de saúde em grupos educativos ou nos atendimentos individuais de rotina. A educação em saúde deve contribuir para a autonomia dos sujeitos em relação ao processo saúde doença e instrumentalizá-los quanto aos hábitos de vida<sup>5</sup>. A fala de um dos profissionais entrevistados evidencia a importância da ação compartilhada entre profissionais da saúde e cuidadores:

P2: ... "Então a mãe tem que ter esse cuidado (...) trazer a criança também, agora nós temos esse trabalho de odonto bebê. Trazer as crianças pra ver se os dentes tão nascendo (...) Se bater, olhar, trazer no dentista pra ver se vai prejudicar na dentição da criança."

O processo educativo vivenciado pela família e a equipe de saúde, pode implicar o confronto entre as ações praticadas pelos membros da família ao longo dos anos e os novos conhecimentos adquiridos, resultando em mudanças de comportamento<sup>21</sup>.

### Hábitos bucais nocivos

Os malefícios causados pela sucção não nutritiva da chupeta já são bastante conhecidos, tanto

pelos profissionais quanto pelos cuidadores familiares.

Existe uma representação social sobre a chupeta, configurando-a como acessório característico da infância, o que pode explicar a oferta desse artefato à criança<sup>22</sup>.

O hábito de sucção da chupeta provoca alterações no crescimento e desenvolvimento dos ossos da face<sup>23</sup>. Um dos profissionais entrevistados referiu conhecer os riscos da oferta da chupeta:

P1: ... "Até com relação à chupeta hoje em dia eu tenho na minha cabeça, entrou de que realmente não é bom, não é saudável, não é higiênico (...). A gente orienta a não dá, mas se a pessoa dá, aí a gente tem que orienta pra que seja da melhor forma possível."

A severidade dos danos causados por esse hábito está diretamente relacionada à sua frequência, intensidade e duração. Para que não haja comprometimento da oclusão da criança, a remoção da chupeta deve ser feita preferencialmente até os três anos de idade<sup>17</sup>. A preocupação com as possíveis alterações dentais e oclusais causadas pela força anormal provocadas pelo hábito de sucção da chupeta foram reconhecidos, mesmo que em parte, pelos profissionais e cuidadores:

P2: ... "Não dar chupeta por causa da dentição."

C4: ... "Tem que ir pro dentista, pra sempre tá olhando como é a dentição. Principalmente eles que chupam chupeta."

Em relação ao risco de transmissão de microrganismos pela chupeta, um estudo com avaliação laboratorial, verificou a existência de fungos e bactérias em todas as trinta chupetas avaliadas<sup>24</sup>. Durante as entrevistas, profissionais e cuidadores reafirmaram o risco de contaminação provocado pelo uso da chupeta:

P1: ... "É, oriento também o risco de chupeta, mamadeira; quando a chupeta cai no chão aí põe na boca de novo..."

C3: ... "Mas na boca eu não tenho tanto medo, porque ele não chupa chu-

*peta, então não tem aquele negócio de chupeta cair e ele pôr na boca.”*

A abordagem profissional a respeito do uso da chupeta deixa claro que há conflito entre a postura de não oferecer este artefato à criança e a de respeitar a escolha da mãe, orientando-a quanto ao seu uso racional, armazenamento e higienização. O fato de apenas condenar o uso sem problematizar conjuntamente com o cuidador sobre os possíveis danos causados pelo seu uso frequente, pode tornar a orientação pouco efetiva.

### Cárie precoce da infância e sua relevância na prevenção de problemas bucais

A cárie precoce da infância é conceituada como um problema de saúde pública, que se constitui na instalação da doença cárie pouco tempo após a erupção dos dentes decíduos, fortemente associada às mamadas noturnas e negligência da higiene bucal<sup>21</sup>. Sua evolução é rápida, em muitos estágios provoca dor chegando à infecção, e pode até causar problemas oclusais e de relacionamento, quando ocorre destruição ou perda precoce do elemento dentário<sup>20</sup>.

Muitos dos profissionais entrevistados demonstraram conhecer os problemas ocasionados pela cárie precoce da infância, o que pode ser evidenciado a seguir:

*P4: ... “E tem muitas mães que dão a mamadeira a noite pra criança dormir com a mamadeira, mas muita sujeira fica ali no dente da criança, na boquinha da criança, e pode depois trazer alguma coisa ruim pra ela, né?”*

*P5: ... “Saúde bucal no caso da criança é mais sobre a mamadeira noturna, né?”*

Tanto o leite materno como o bovino possuem lactose, carboidrato fermentável com grande potencial cariogênico<sup>20</sup>. Entretanto, pudemos observar nas falas de profissionais e cuidadores o desconhe-

cimento acerca da importância dos cuidados com a higiene bucal após as mamadas, mesmo sendo realizado aleitamento materno:

*C10: ... “Não, porque ela só mameava no peito, não ficava aquela língua branca, aí eu não limpava.”*

*P5: ... “O leite do peito já limpa, né?”*

A permanência dos restos de leite durante toda a noite, associado à diminuição do fluxo salivar durante o sono, resultará na formação de ácidos que atingirão de forma agressiva os dentes da criança. Podemos apreender esse conhecimento na seguinte fala:

*P7: ... “Durante o dia você tem aquela saliva dando uma lavadinha, e a noite a criança dorme com o leite na boca e a cárie é bem mais invasiva.”*

### Conclusão

O estudo evidenciou que o modelo biomédico fortemente incorporado de maneira histórica pelos usuários dos serviços de saúde, começa a ser superado, emergindo a valorização do cuidado ampliado.

Foi possível verificar que o olhar se ampliou para além dos aspectos biológicos da doença, incorporando os determinantes e condicionantes do processo saúde doença, tanto na prática dos profissionais da ESF quanto na rotina dos cuidadores familiares. Também ficou clara a necessidade de uma visão integral da criança, incorporando os aspectos relacionados à saúde bucal.

Evidenciou-se que esses cuidados devem ser apreendidos e incentivados por todos os profissionais da equipe, a fim de que as orientações adequadas possam ser compartilhadas com os cuidadores. Faz-se necessário que os profissionais da equipe de saúde estabeleçam trocas de saberes e uniformizem suas orientações sobre a temática.

Além de intervenções em saúde bucal, os cuidadores familiares, assim como todos os membros da fa-

mília também devem ser alvo das ações individuais e coletivas. Isto porque a criança incorpora os hábitos da família durante sua infância e este é um período propício para modificar e adquirir novos hábitos. O fato de incluir a família nas ações de saúde bucal realizadas pelos profissionais de saúde contribui para motivar e sensibilizar a família quanto à importância destas práticas. Dessa forma, todos se sentirão responsáveis pela promoção e prevenção em saúde bucal.

O uso da chupeta deve ser um dos temas de discussão entre profissionais e cuidadores. É preciso que a equipe de saúde respeite a opinião sobre o uso desse artefato, porém saiba orientar a mãe quanto aos cuidados de higiene e às consequências de seu uso frequente e prolongado.

Outra categoria de grande relevância é a cárie precoce da infância. Suas causas e consequências são bastante conhecidas pelos profissionais, o que demonstra que estes estão capacitados a orientar os cuidadores.

Cabe aos profissionais de saúde empenhar-se em busca de estratégias para a melhoria da qualidade das orientações oferecidas, tornando viável a adoção dos hábitos de saúde bucal nos domicílios e desmistificando o tratamento odontológico, para que este passe a ser visto como parte fundamental na busca pela saúde integral da criança.

Em razão do grande impacto que os cuidados em saúde bucal terão no crescimento e desenvolvimento da criança, é primordial o desenvolvimento de políticas públicas de cuidado para esta população. Os temas que emergiram deste estudo poderão contribuir para a reflexão das ações desenvolvidas, assim como poderão subsidiar o planejamento e a reorganização do trabalho da equipe de saúde no contexto da ESF.

---

## REFERÊNCIAS

1. Figueira TR, Leite ICG. Conhecimento e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008;8(1):87-92.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, (DF); 2004.
3. Santi LN. Cuidando da saúde bucal do filho: o significado para um grupo de mães. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
4. Fantini KSC. A família em expansão: um espaço para a promoção da saúde bucal [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2005.
5. Lima CMG. A saúde bucal na primeira infância: o olhar do cuidador familiar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
6. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
8. Caprara A, Franco ALS. A relação médico paciente: para a humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):647-54.
9. Martins APV. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. *Hist Ciênc Saúde*. 2008;15(1):135-54.
10. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med*. 2006;30(1):60-72.
11. Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2008;18(1):66-78.
12. Lima CMG, Watanabe MGC, Palha PF. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria (São Paulo)* 2006;28(3):191-8.
13. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande, PB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004;4(3):185-9.
14. Petersen PE. The Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(Supl 1):3-24.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 17; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2006 [citado 2009 Jun 16]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad17.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf)
16. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, Bahia. *Rev C S Col*. 2006;11(1):53-61.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretriz Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004 [citado 2009 Jun 16]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>
18. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
19. Tiba I. Disciplina na medida certa. São Paulo: Editora Gente; 1996.
20. Zavanelli AC, Cardia DRO, Silva EMM. A participação familiar na prevenção da cárie. *Rev Fac Odontol Lins*. 2000;12(1-2):7-11.
21. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimento e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Rev C S Col*. 2007;12(4):1079-86.
22. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):156-62.
23. Amary ICM, Rossi LAF, Yomoto VA, Ferreira VJA, Marchesan IQ. Hábitos deletérios – alterações de oclusão. *Rev CEFAC*. 2002; 4:123-6.
24. Silva SREP, Andrade APRCB, Giunco A, Gonçalves CO, Pascutti EP, Carvalho MS, Pereti R, Pinheiro SL, et al. Análise quantitativa de microrganismos encontrados em chupetas. *ConScientiae Saúde*. 2009;8(1):57-64.

---

*Recebido em 30 de setembro de 2009*  
*Aprovado em 26 de novembro de 2009*