

Conhecimento do médico pediatra acerca da promoção da saúde bucal na primeira infância em unidades básicas de saúde da família^a

The pediatric doctor's knowledge on oral health promotion in first infancy
in family health basic units

La promoción del conocimiento acerca de salud bucal del doctor pediátrico en la primera
infancia en unidades básicas de la salud de la familia

*Sarita Savi Guisso**

*Lorena Teresinha Consalter Geib***

RESUMO: Com o objetivo de descrever o conhecimento dos médicos pediatras de dois municípios do Rio Grande do Sul, acerca da saúde bucal na primeira infância, realizou-se esta pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram cinco médicos pediatras de dois municípios do Rio Grande do Sul, que atuam em Unidades Básicas de Saúde da Família. Realizou-se a coleta de dados em julho de 2006, por meio de um questionário com perguntas abertas. Os conteúdos analisados foram agrupados nas seguintes categorias: 1) conhecimento do médico pediatra acerca da saúde bucal das crianças; e 2) operacionalização das ações preventivas pelo médico pediatra. Os participantes revelaram um nível básico de conhecimento em saúde bucal na infância, porém as condutas adotadas nem sempre eram compatíveis com o mesmo, denotando algumas ações ineficazes. A inadequação da informação fornecida aos pais e responsáveis pelas crianças sugere a necessidade de maior inter-relação com os profissionais da odontologia.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde bucal. Práticas em saúde. Odontologia pediátrica.

ABSTRACT: Aiming to describe the knowledge pediatric doctors of two cities of Rio Grande do Sul State have concerning oral health in first infancy, this exploratory-descriptive research was done which has a qualitative approach. It had as subjects five pediatric doctors from two cities of Rio Grande do Sul State working in the Family Health Program. Data were collected in July 2006 by means of a questionnaire with open questions. The analyzed contents were grouped in the following categories: 1) pediatric doctor's knowledge concerning children oral health and 2) implementation of recommended actions by the pediatric doctor. The participants showed a basic level of knowledge on oral health in infancy, but the adopted behaviors not always were compatible with this knowledge, denoting inefficacious actions. The inadequacy of information given to parents and children suggests the necessity of a greater interaction of doctors with dental professionals.

KEYWORDS: Education in oral health knowledge. Practices for health. Pediatric dentistry.

RESUMEN: Para describir al conocimiento de los doctores pediátricos de dos ciudades de Río Grande del Sul referentes a la salud oral en la primera infancia, esta investigación exploratorio-descriptiva fue hecha con un acercamiento cualitativo. Hubo como sujetos cinco doctores pediátricos de dos ciudades de Río Grande del Sul que trabajan en el programa de la salud de la familia. Los datos fueron recogidos en julio de 2006 por medio de un cuestionario con preguntas abiertas. El contenido analizado fue agrupado en las categorías siguientes: 1) conocimiento del doctor pediátrico referente a la salud oral de los niños y 2) puesta en práctica de acciones recomendadas por el doctor pediátrico. Los participantes demostraron un nivel básico de conocimiento en salud oral en la infancia, pero los comportamientos adoptados no siempre fueran compatibles con este conocimiento, denotando acciones ineficaces. La insuficiencia de la información dada a los padres y a los niños sugiere la necesidad de una mayor interacción de los doctores con los profesionales dentales.

PALABRAS LLAVE: Educación en conocimiento de la salud oral. Prácticas para la salud. Odontología pediátrica.

^a Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, do Instituto de Ciências Biológicas, da Universidade de Passo Fundo – UPF.

* Cirurgiã-Dentista. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família, da UPF. Residente no município de Sananduva.

Profissional atuante no Programa Saúde da Família de Sananduva. E-mail: saritasg@bol.com.br

** Professora titular da Universidade de Passo Fundo. Doutora em Ciências da Saúde.

Introdução

A infância é um momento fundamental para o desenvolvimento de ações positivas com relação à saúde bucal, especialmente a faixa de zero aos três anos, quando ocorre a formação de hábitos, dentre os quais se incluem os hábitos higiênicos, que constituem fatores determinantes na prevenção da cárie dentária.

Nesse sentido, é fundamental que a prevenção possa ser desenvolvida pelos pais ou responsáveis sob a orientação do cirurgião-dentista. Entretanto, observa-se que os pais procuram tardiamente esse profissional para o acompanhamento das crianças. Uma alternativa seria a atuação efetiva do médico pediatra, uma vez que é com esse profissional que as crianças menores de três anos mantêm um vínculo maior, com revisões sistemáticas de saúde. Contudo, a implementação dessa estratégia pode encontrar limitações no conhecimento técnico dos médicos pediatras, tanto para a orientação dos pais, quanto para o encaminhamento de crianças pequenas aos cirurgiões-dentistas.

A prevenção passou a ocupar posição de destaque na odontologia moderna no decorrer dos últimos anos, em razão da alta prevalência da cárie dentária, que afeta prioritariamente as crianças e os adolescentes. Esse perfil epidemiológico tem sido atribuído à desinformação dos pais em relação à saúde bucal.

A saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou hígidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, da saúde geral do indivíduo (Pereira et al, 2003).

A alta prevalência de cárie em bebês, demonstrada em uma série de estudos (Miller, 1995; Peterson, Schneider, 1991), aponta a necessidade de programas voltados para

a promoção de saúde na primeira infância, que visem a promover e manter a saúde bucal dessas crianças. Trabalhar a prevenção reduz a incidência de doenças, porque desta forma as pessoas estão menos expostas às causas (Kuhn, 2006).

Uma das fontes de preocupação com a saúde bucal na primeira infância refere-se ao aleitamento materno. A obtenção do leite materno pela criança é feita por meio da sucção, que é um padrão de comportamento inato exibido pelo recém-nascido a partir da vigésima nona semana de vida intra-uterina (Peterson, Schneider, 1991). O reflexo da sucção está fortemente ligado à elevada sensibilidade que o recém-nascido apresenta na região bucal (esterognosia), podendo ser estimulado ao aproximar a boca do bebê do peito da mãe ou mesmo de uma chupeta (Douglas, 1994).

O aleitamento natural proporciona o correto desenvolvimento dos reflexos do bebê e musculatura facial, sendo que a introdução do aleitamento artificial precoce pode levar ao desenvolvimento de hábitos bucais, os quais são representados na grande maioria das vezes pela sucção do dedo ou chupeta (Queluz, Adair, 2000).

Os profissionais que atuam na odontopediatria têm oportunidade de interferir precocemente, assegurando o desenvolvimento adequado do sistema mastigatório, estrutural e funcional, monitorando a dinâmica do crescimento e desenvolvimento das estruturas anatômicas do sistema mastigatório (Corrêa, 1999).

São muitas as conseqüências negativas na saúde bucal das crianças a partir do uso de mamadeiras. Analisando as produções consultadas, observa-se que nada substitui o ato de mamar no peito. Nota-se, também, a importância do médico pediatra no processo de saúde bucal, sendo que as alterações do

desenvolvimento da voz, fala e linguagem da criança devem ser cuidadas, assim como as alterações no desenvolvimento das funções musculares bucofaciais para evitar desvios de crescimento do músculo esquelético bucofacial. O médico pediatra deve estar atento à respiração da criança, que deve ser nasal, para que haja um correto crescimento facial, evitando atresia da maxila, mal oclusões, mordida cruzada posterior e outros (Corrêa, 1999).

Na educação bucal, o ideal é que a mãe seja educada sobre a higienização bucal antes do nascimento do bebê, tornando esse momento agradável, pois, além da função de limpeza, a escova deve ser uma imagem que estimule o lúdico. A cárie dental é uma doença transmissível e a melhor maneira de evitar a contaminação é a família manter bons hábitos de higiene bucal.

Os prejuízos de mamadeiras noturnas, hábitos de dormir sem realizar a higiene adequada e a cariogenicidade do leite materno devem ser relatados e ensinado aos pais da criança.

A tendência atual na saúde é dar ênfase ao atendimento precoce, iniciado antes do primeiro ano de vida. Sugere-se que a primeira consulta odontológica da criança seja realizada por volta dos seis meses de idade, para que possam ser iniciadas ações educativas aos pais, objetivando a prevenção da instalação das doenças bucais.

É importante que os profissionais da saúde, responsáveis pelo bem-estar geral da criança (médicos pediatras e odontopediatras), tenham conhecimento necessário sobre as características de uma cavidade bucal considerada dentro dos padrões de normalidade. Devem saber reconhecer e diagnosticar prováveis anomalias que se apresentam, orientando, alertando e tranquilizando pais ou responsá-

veis e indicando o tratamento, caso necessário (Corrêa, 1999). O médico pediatra que acompanha o pós-natal do bebê deve observar o estado pré-dentado, os rodets gengivais, padrões de crescimento e desenvolvimento dental, mal oclusões, dentes ectópicos, hábitos de sucção artificial com chupetas e bicos de mamadeira, disfunções na fase de dentição decídua, padrão respiratório bucal, deglutição atípica, anomalias e problemas de articulação têmporo-madibular (Moreira, 1999).

Essas ações configuram a promoção da saúde definida como fundamental para a melhoria das condições de vida. Assim, a educação prévia dos pais, determinando a não existência dos fatores de risco é, ao lado da idade inicial de atendimento precoce, um dos fatores mais importantes na prevenção da cárie dentária. Essa educação coaduna-se com a estratégia Saúde da Família, que representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, na lógica de atenção à saúde, afirmando a indissociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção da saúde. É plenamente sintonizada com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, voltada à permanente defesa da vida do cidadão.

As ações do Programa Saúde da Família (PSF)¹ transformaram a forma de cuidar da saúde no Brasil que vem se consolidando como um importante instrumento na promoção do bem-estar da população, com melhoria da saúde e da qualidade de vida. No decorrer dessa transformação, as unidades de Saúde da Família passaram a atuar com equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por um mé-

dico, um(a) enfermeiro(a), um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Assim, surgiu o desafio do trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vive certo número de famílias. As definições de responsabilidade territorial e de adscrição de famílias (introduzidas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ampliadas no PSF) conferem ao programa uma característica especial: a potencialidade para resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população (Alves, 2005).

Portanto, um dos princípios básicos do PSF, descritos por Alves (2005), é o de educar para a saúde implicando ir além da assistência curativa. Isso significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais de saúde. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias por ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família, além de efetivar uma nova forma de promover a saúde, incluindo-se aí a saúde bucal de crianças e a melhoria da qualidade de vida da população.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, e foi desenvolvido no contexto das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de dois municípios do interior do Rio Grande do Sul. A população do

primeiro é de 14.926 habitantes, sendo 8.417 na zona urbana. Suas principais atividades econômicas são a agricultura, a indústria de pequeno e médio porte e o comércio. Na área da Saúde, este município conta com quatro equipes de saúde da família nos bairros da cidade. Apenas uma conta com equipe de saúde bucal. Além disso, conta com uma Unidade Central de Saúde (Posto Central). O pronto atendimento é realizado no único hospital existente, com atendimento de urgência e emergência 24 horas. A UBSF atende a 10.742 habitantes, ou seja, 71,96% da população total. O segundo município conta com uma população total de 29.833 habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,755. Sua economia está baseada na indústria moveleira, agricultura (com ênfase na fruticultura) e pecuária. Na área de Saúde, conta com cinco postos de atendimento básico em saúde, sendo duas UBSF. Além disso, há plantão 24h no hospital local, com atendimento ambulatorial de urgência e emergência, convênio ao Sistema Único de Saúde, e uma cobertura da UBSF a 7.000 pessoas, correspondendo a 25% da população.

Para a realização do estudo, incluíram-se todos os médicos pediatras de cada município, que atuam nas UBSF, totalizando cinco participantes. Realizou-se a coleta de dados no mês de julho de 2006 por meio de um questionário contendo questões relacionadas com os seguintes aspectos do conhecimento do médico pediatra: métodos de prevenção da doença bucal; fatores etiológicos da cárie e doença periodontal; ações preventivas desenvolvidas na prática clínica com crianças

1. Através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, foi criada a Estratégia de Saúde da Família, que visa à reorganização da atenção básica no país para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Neste artigo, a denominação Programa Saúde da Família será equivalente à Estratégia Saúde da Família.

menores de três anos; conduta em relação ao encaminhamento das crianças para avaliação da saúde bucal.

O questionário de auto-preenchimento foi aplicado individualmente a cada participante para ser respondido no consultório, em horário previamente agendado, sem interferir com a privacidade do respondente, nem com as suas atividades profissionais.

Os dados e informações obtidas foram analisados qualitativamente, e agrupados em categorias analíticas pré-definidas (Minayo, 1996).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Participaram cinco dos seis médicos pediatras com atuação clínica nos municípios estudados. Houve apenas uma recusa, cuja alegação foi a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica para poder responder ao questionário, fato esse que comprometeria o propósito do estudo de verificar o nível do conhecimento dos pediatras em relação à promoção da saúde bucal na infância. Mesmo com essa recusa, o número de participantes mostrou-se suficiente para a saturação dos dados, que serão apresentados na seqüência, seguindo as categorias analíticas previamente definidas.

O conhecimento dos médicos pediatras sobre ações de prevenção da doença bucal na infância

Com relação às fontes de conhecimento dos médicos pediatras quanto à saúde bucal, observa-se que os mesmos receberam tais informações: nos treinamentos das

equipes de Saúde da Família (ESF); nos cursos de graduação ou pós-graduação ou especialização; congressos; livros e revistas; em orientações de cirurgiões-dentistas.

É importante ressaltar que nas respostas dos médicos pediatras pode-se observar que o curso de graduação é uma fonte de conhecimento pouco citada, uma vez que a maioria dos currículos dos cursos de medicina não tem disciplinas específicas sobre saúde bucal.

Essas constatações são semelhantes às observadas por Freire, Macêdo e Silva (2000), em pesquisa realizada com médicos pediatras de Goiânia. Embora a principal fonte de informação relatada pelos participantes daquele estudo tenha sido o curso de graduação, este foi apontado por apenas 38,5% da amostra. Este dado sugere que, embora a cárie dental seja uma das doenças mais comuns na infância, pouca ênfase tem sido dada a esta área nos currículos de medicina. Este estudo, em concordância com o de Schulte et al. (1992), identificou como principais fontes primárias de informação sobre o diagnóstico da cárie entre pediatras a própria experiência clínica pediátrica (46%), a residência em pediatria (30%) e, em menor proporção, o curso de medicina (17%).

Nessa perspectiva, observa-se a importância dos cursos de medicina se adequar à realidade da saúde das crianças e incluírem, na grade curricular, disciplinas específicas na área para ampliar o nível de conhecimento dos médicos pediatras a respeito da saúde bucal.

A maior parte dos médicos pediatras destacou possuir conhecimento básico sobre: formato e características dos dentes e gengivas; necessidade de evitar açúcar na alimentação como ação preventiva da cárie; relação entre bactérias (placas) e cárie; relação entre cárie e higiene deficiente; dieta e

formação da cárie. Observem-se as transcrições a seguir:

Cárie: higiene deficiente, dieta cariogênica, acúmulo de placa associada a suscetibilidade (MP3).

Doença Periodontal: acúmulo de placa, tártaro, higiene deficiente e dieta cariogênica (MP 3).

[...] formato e características dos dentes e gengivas, uso de açúcares na alimentação e placa bacteriana (MP 4).

No estudo de Freire, Macêdo e Silva (2000), os médicos pediatras de Goiânia – GO apresentaram informações sobre as causas e prevenção da cárie pouco consistentes, da mesma forma que ocorreu com os médicos pediatras dos municípios analisados. De acordo com os autores, em relação aos fatores etiológicos da cárie, verificou-se que os médicos têm conhecimento sobre os fatores biológicos, mas nenhum mencionou os determinantes sociais e econômicos que influenciam a instalação e desenvolvimento da doença.

Essa evidência também foi observada no estudo realizado nos dois municípios do Rio Grande do Sul, uma vez que nenhum dos médicos pediatras participantes do estudo levantou os problemas sociais e econômicos como determinantes do desenvolvimento de doenças bucais.

Ao descreverem o que conheciam sobre as ações preventivas da doença bucal, os médicos pediatras incluíram: a) ações higiênicas: higiene bucal dos bebês, escovação freqüente e uso de fio dental a partir dos seis meses; b) ações relacionadas à alimentação da criança: aleitamento materno, proibição do uso de bicos e mamadeiras, dieta balanceada e com pouco açúcar; c) ações de saúde pública: uso de água fluorada; d) exames odontológicos sistemáticos: visitas ao dentista a partir dos três anos de idade, como ilustra a seguinte descrição:

A prevenção é iniciada quando a criança é menor de um ano. De preferência a primeira profilaxia que a criança recebe deve ser o leite materno, pois as mamadeiras são uma agressão para os dentes das crianças, principalmente as noturnas ou antes de dormir, sem higiene após as mamadas. Quanto às crianças de maior idade, a alimentação sadia é sinônimo de dente sadio, sendo que deve ser incentivada a escovação com pastas especiais e escovas macias (MP 1).

Percebe-se que os médicos pediatras possuem bom nível de conhecimento básico a respeito das ações de prevenção da doença bucal na infância. Contudo, é importante analisar se esse conhecimento é, realmente, repassado aos pais ou responsáveis, uma vez que a cárie e a doença bucal são doenças que acometem grande número de crianças, segundo dados das UBSFs dos municípios analisados.

Todos os médicos pediatras opinaram a respeito da relação entre saúde bucal e prevenção da saúde geral da criança. Segundo eles, a saúde bucal é de vital importância para o pleno desenvolvimento infantil, uma vez que a boca é porta de entrada de agentes infecciosos e o cuidado desde cedo é importante para que isso se torne um hábito, elevando a auto-estima da criança. As falas a seguir retratam esse posicionamento:

Importante porta de entrada de agentes infecciosos, na manutenção de ingestão adequada de alimentos, auto-estima, etc. (MP 4).

Muito importante, evitando cárie e doenças bucais, estaremos contribuindo para a saúde da criança (MP 3).

A saúde bucal é de vital importância para o pleno desenvolvimento da criança (MP 5).

Os participantes do estudo consideram a saúde bucal um ele-

mento fundamental da saúde geral da criança. Isso vem ao encontro do que diz Petersen (2003), ressaltando que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. É preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas saudias. Significa estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o bem-estar físico geral.

Com relação à avaliação do conhecimento sobre prevenção da saúde bucal das crianças de zero a três anos, os médicos pediatras destacam:

Excelente, faz parte da minha consulta (MP 4).

Precário (MP 5).

Sei que a prevenção deve ser feita desde o nascimento do bebê, fazendo higiene das gengivas ao menos uma vez ao dia e, após a erupção dentária, usar escova, fio dental e evitar doces (MP 2).

Nota 5, numa escala de zero a 10 (MP 1).

Possuo alguns conhecimentos, em caso de dúvidas encaminho ao dentista (MP 3).

Observa-se que os participantes do estudo apresentam um conceito crítico a respeito de seu nível de conhecimento. Ao admitirem que possuem conhecimento restrito sobre a prevenção da saúde bucal, os médicos pediatras destacam a precariedade do atendimento e a necessidade de maiores informações para que essas possam ser repassadas com maior autonomia aos pais e responsáveis pelas crianças.

Operacionalização das ações preventivas dos médicos pediatras

Sobre a responsabilidade pela prevenção da cárie e doenças gengivais nos primeiros anos da vida do bebê, os participantes destacam ser a mesma: somente do médico

pediatra (uma resposta); médico pediatra e dentista informando os pais (duas respostas); somente da mãe e pai (uma resposta); pais e médico pediatra (uma resposta).

É fundamental considerar que uma prática médica e odontológica baseada na promoção de saúde pressupõe a interdisciplinaridade, envolvendo outras áreas da Saúde. Além disso, os pais ou responsáveis pela criança precisam estar conscientes e bem informados a respeito dos problemas que envolvem a saúde bucal, assim como dos aspectos relacionados à prevenção da cárie e doenças gengivais. Sobre isso, Moreira, Chaves e Nóbrega (2004) ressaltam que é imperioso que a relação do trinômio médico-dentista-paciente (aqui também se deve destacar a figura dos pais e responsáveis pelas crianças) redefina os padrões de atendimento, em um contato preventivo amplo, com vistas à promoção da saúde. Para tanto, deve-se estabelecer o intercâmbio de informações, buscando desenvolver um atendimento de qualidade.

De acordo com todos os médicos pediatras investigados, o exame da boca, dentes e gengivas da criança de zero a três anos durante a consulta médica é realizado sempre, de forma rotineira, em todas as consultas, mesmo que seja um exame superficial, como revelou um deles.

O exame da saúde bucal deve fazer parte da consulta pediátrica, pois é um momento fundamental para o diagnóstico de doenças bucais e outras patologias que afetam a criança. A partir do exame, os pediatras podem realizar o encaminhamento ao cirurgião-dentista, orientando os pais e agilizando o processo de tratamento e recuperação da saúde bucal infantil.

Com relação à orientação dos pais ou responsáveis sobre as ações de prevenção da cárie e das doenças

de gengiva, todos os participantes do estudo destacaram que realizam “sempre” essa orientação, sendo que a frequência varia de acordo com a necessidade.

O processo de controle da cárie e de doenças periodontais envolve tanto os profissionais da saúde quanto os pais. Além da odontologia, a prevenção da cárie necessita de dieta adequada, balanceada e variada, contendo os nutrientes necessários para a formação e manutenção de dentes saudáveis e uma reeducação materna e dos responsáveis pelas crianças, que ajudam na prevenção das doenças bucais. Além disso, o papel do médico pediatra no encaminhamento e orientação dos pais torna-se fundamental, pois é o primeiro profissional de saúde que entra em contato com a criança e sua família.

De acordo com Camargo (1998), o campo de ação do odontopediatra é vasto, dinâmico e muito abrangente. Diz respeito à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento integral da criança em todos os aspectos relacionados com a boca, nas diferentes idades e fases de desenvolvimento. Nesta linha de pensamento, educação e prevenção têm papel fundamental. O atendimento odontológico ao bebê tem como ponto central o enfoque preventivo para a manutenção da saúde, sendo importante a educação dos pais e responsáveis. Portanto, auxiliar os pais na conscientização do seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na construção de hábitos de higiene bucal na criança.

Também, com relação à orientação quanto à importância da amamentação para o desenvolvimento correto dos maxilares, preparando-os para a dentição, todos os médicos pediatras afirmaram que realizam essa orientação. Geralmente isso ocorre desde o parto e a orientação

é para que isso se estenda pelo menos até os seis meses.

Sim, em todos os recém-nascidos (MP 1).

Sim, a orientação é mensal até os seis meses (MP 3).

Sousa (1997) ressalta que, quando a criança é amamentada, realiza um exercício físico importante para o seu desenvolvimento ósseo e muscular. Ao nascer, o neonato tem o maxilar inferior muito pequeno, que terá seu crescimento estimulado pela sucção no peito. Maxilares melhor desenvolvidos propiciarão um melhor alinhamento da dentição, diminuindo a necessidade futura do uso de aparelhos ortodônticos. Músculos firmes ajudarão na fala. Durante a amamentação, aprende-se a respirar corretamente pelo nariz, evitando amigdalites, pneumonias, entre outras doenças. Depois da amamentação, a mastigação correta continuará a tarefa de exercitar ossos e músculos. A amamentação prepara a criança para a mastigação. Mastigação incorreta pode levar também a problemas gástricos e de obesidade. Além disso, o aleitamento materno evita hábitos prejudiciais, como mamadeira, chupeta, sucção digital, que afetam o posicionamento.

Sobre o repasse de informações aos pais acerca dos cuidados quanto ao tipo de alimentação, horários e higienização bucal da criança de zero a três anos, a maior parte dos entrevistados destacou que realiza tal orientação com frequência. Apenas um dos participantes disse que não faz essa orientação por não se sentir devidamente habilitado.

Não, não me considero devidamente habilitado (MP 1).

Sim procuro repassar informações com relação à alimentação, horários e higiene bucal, conforme a idade, respeito as etapas do desenvolvimento da criança (MP 4).

Sim, nas consultas de rotina (MP 3).

Para orientar os pais a respeito de higiene bucal e alimentação adequada às crianças, os médicos pediatras precisam estar bem informados e possuírem um bom nível de conhecimento, uma vez que são informações que farão parte da rotina da criança e influenciarão todo o seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, observa-se que os médicos participantes deste estudo procuram promover tais informações, sendo que há aqueles que não se sentem preparados para desempenhar tal função.

O médico pediatra deveria fornecer esclarecimentos básicos de orientação em relação aos hábitos de higiene bucal, dieta, sucção, encaminhamento ao cirurgião-dentista, pois raramente a criança faz prevenção e procura o cirurgião-dentista por traumatismo ou doenças de boca. Os conhecimentos científicos hoje asseguram a possibilidade de se acompanhar uma criança desde o seu nascimento até a idade adulta de maneira que ela não passe por experiência de cárie ou doença periodontal.

O médico pediatra deveria também sentir-se responsável pela saúde bucal da criança e encaminhá-la precocemente ao cirurgião-dentista para avaliação bucal.

Elvey e Hewie (1982) sugerem maior inter-relacionamento entre as áreas médica e odontológica, pois hábitos viciosos (alimentação e sucção) podem ser adquiridos antes da erupção dental. O cirurgião-dentista auxilia o médico pediatra no diagnóstico de doenças sistêmicas que aparecem na boca, e o médico pediatra auxilia na prevenção bucal, através do encaminhamento precoce.

Todos os médicos pediatras que participaram do estudo destacaram que realizam tais encaminhamentos. Dois pediatras afirmaram que fazem estes encaminhamentos a partir dos dois anos de idade, ou-

tros dois destacaram que isso é realizado com frequência, e outro ressalta que esta não é uma prática rotineira.

É altamente positiva a conduta de encaminhar a criança para avaliação da saúde bucal como destacaram os participantes. No entanto, esse encaminhamento deverá ser feito por volta dos seis meses de vida, pois esse é o momento propício para a orientação dos pais acerca dos procedimentos de higiene, objetivando a prevenção da instalação das doenças bucais.

Griffen e Goepferd (1991) recomendam que a criança seja levada ao cirurgião-dentista entre os seis e 12 meses de idade, após a erupção do primeiro dente, para que sejam dadas orientações quanto à higiene. Corroborando esta opinião, Esteves et al. (1996) afirmam, também, que a época ideal para o início do atendimento odontológico é por volta dos seis meses de idade, coincidindo, portanto, com o irrompimento dos primeiros dentes decíduos.

Em se tratando de médicos vinculados à Atenção Básica, cabe uma reformulação de conduta para que as crianças possam ser protegidas antes da instalação dos problemas bucais. No âmbito da Saúde da Família desses municípios, a ausência do odontopediatra na Unidade Básica de Saúde pode ser suprida pelo agendamento da consulta nas próprias unidades, por meio do atendimento pediátrico, o que levaria a uma atuação multidisciplinar entre médicos pediatras e cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família.

Os participantes do estudo foram indagados sobre a realização de consultas (ligar ou conversar para se informar) com o cirurgião-dentista sobre prevenção e higiene bucal das crianças pequenas. Entre as respostas observou-se:

Não, devido à indisponibilidade de horários (MP 1).

Sim, quando surgem dúvidas (MP 3).

Sim, para os pacientes que precisam de tratamento (MP 4)

Esporadicamente (MP 2).

Converso na medida do possível (MP 1).

Torna-se fundamental a interação entre médico pediatra e cirurgião-dentista. Sem essa interação não se pode desenvolver um bom trabalho de prevenção e tratamento precoce das doenças bucais da infância.

Massao (1996) propõe, dentro da filosofia de atenção odontológica antecipada ao paciente infantil, uma integração multidisciplinar ou multiprofissional, bem como a participação dos pais, numa relação de cumplicidade entre o profissional e os responsáveis. O cirurgião-dentista é o profissional da área da Saúde responsável e capacitado para estabelecer este enfoque educativo e preventivo. Contudo, tanto o obstetra quanto o médico pediatra assumem um importante papel na prevenção de doenças bucais, sugerindo que os mesmos devam ser capazes de fornecer esclarecimentos e orientações básicas em relação a hábitos de higiene bucal, dieta e encaminhamento para consulta ao cirurgião-dentista.

Todos os médicos pediatras afirmaram ter realizado um ou mais encaminhamentos de crianças menores de três anos de vida ao cirurgião-dentista.

Os encaminhamentos das crianças ao cirurgião-dentista, por meio da ação do médico pediatra, se tornam fundamentais, não só por favorecer a prevenção e diagnósticos precoces, mas pela possibilidade de orientar os pais sobre os cuidados essenciais com a saúde bucal da criança e encaminhar ao cirurgião-dentista de maneira mais eficaz.

Dois dos médicos pediatras ressaltaram que durante a consulta da criança costumam repassar seus

conhecimentos sobre saúde bucal aos pais das crianças. Os outros três médicos destacam que essa não é uma prática rotineira. Contudo, na maioria das vezes, o tipo de conhecimento repassado aos pais diz respeito: aos cuidados de higiene (dentes, língua e gengivas); às mamadas noturnas; ao cuidado com o açúcar; ao tipo de escova; à necessidade de exemplo dos pais; às visitas ao cirurgião-dentista.

Os médicos pesquisados procuram informar os pais a respeito dos principais elementos que fazem parte da saúde bucal, mas esse repasse de informações ainda é precário.

A atenção à saúde bucal deve ser iniciada em uma idade precoce, preferencialmente no primeiro ano de vida. Dessa forma, se os pais forem informados dos prováveis efeitos negativos da utilização da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante à higiene deficiente, da importância da dieta equilibrada, do uso do flúor e dos cuidados quanto à higiene bucal, assim como da necessidade da visita ao cirurgião-dentista quando do irrompimento dos primeiros dentes decíduos, tornar-se-á mais fácil impedir o estabelecimento de maus hábitos (Bonecker et al, 1997).

De acordo com Moreira, Chaves e Nóbrega (2004), muitos problemas bucais podem ser prevenidos pela orientação do médico pediatra, pois as crianças na primeira infância não vão ao consultório odontológico, a não ser que apresentem evidências clínicas, as quais levam os responsáveis a se preocuparem. Na busca de melhores condições de saúde bucal, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de atendimento precoce, com a abordagem interdisciplinar e multiprofissional, além da importante atuação dos pais ou responsáveis. Nesse sentido, o fato das crianças usualmente

visitarem o médico antes do odontopediatra ou cirurgião-dentista, assim como a influência que o primeiro exerce sobre os pais, faz com que o médico pediatra desenvolva um importante papel na saúde bucal das crianças.

Os resultados são claros e apontam vieses importantes na construção da política de saúde bucal: a falta da interdisciplinaridade; o saber profissional que privilegia as ações de cura e reabilitação, relegando a um segundo plano as ações de promoção e prevenção; a deficiência das ações educativas para os profissionais de saúde (educação permanente), trazendo consequências para a educação em saúde bucal da própria população.

Considerações finais

A avaliação do conhecimento dos médicos pediatras em atuação nos dois municípios analisados sobre os métodos de prevenção da doença bucal, os fatores etiológicos da cárie e da doença periodontal e as ações preventivas desenvolvidas

na prática clínica com as crianças menores de três anos trouxe informações importantes e que podem contribuir para a formulação de programas de fortalecimento técnico desses profissionais. A constatação de vácuos na referência das crianças do atendimento pediátrico à avaliação odontológica sugere a necessidade de reordenar a rede de saúde local, facilitando o acesso e intercâmbio de informações e experiências entre os odontólogos e médicos pediatras que atuam mais diretamente com a população infantil. Essa relação interdisciplinar poderá contribuir para a superação de eventuais contradições e de ações ineficazes detectadas na orientação aos pais e responsáveis pelas crianças.

No âmbito da gestão dos serviços de Saúde, os resultados apontam alguns indicadores para a formulação de uma política voltada à prevenção e promoção da saúde bucal na primeira infância. O impacto esperado de ações dessa natureza é a diminuição das iniquidades em saúde e educação de

usuários das UBSF dos dois municípios analisados.

No âmbito familiar, as ações de saúde bucal também devem ser organizadas para o alcance da eficácia das orientações e da assistência odontológica prestada a esse grupo populacional vulnerável aos agravos preveníveis. Dessa forma, abrem-se possibilidades para a busca de novos saberes e práticas que contribuam para o desenvolvimento integral da primeira infância nos contextos político, socioeconômico e sanitário.

Assim, sugere-se reforçar a interação interdisciplinar e multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde da Família, como forma de garantir a equidade, integralidade e universalidade das ações de saúde no atendimento da população.

A construção e fortalecimento de uma rede promotora de saúde odontopediátrica, envolvendo a Estratégia Saúde da Família, poderá também tornar-se cenário de formação de recursos humanos na área de promoção da saúde e educação para a saúde.

REFERÊNCIAS

- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface* 2005 fev; 9 (16): 39-52. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/dossie3.pdf>. Acessado em: 18 jun. 2005.
- Bonecker MJS et al. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. *Revista Associação Paulista Cir. Dent.* São Paulo 1997 nov/dez; 51(6): 535-540.
- Camargo MCF. Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
- Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 1999.
- Douglas CR. Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde. São Paulo: Robe; 1994.
- Elvey SM, Hewe SP. The pediatrician's dental evaluation. *Pediatric Clin. North American* 1982; 29: 761-769.
- Esteves IM, Nakama L, Saliba NA. Pediatria e odontopediatria: busca de um protocolo de ação integrada. In: Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisas Odontológicas, 8 Águas de São Pedro, 1996. Anais ... Águas de São Pedro: SBPqO; 1996. p. 85. [Resumo n.99]
- Freire MCM, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesquisa Odontológica Brasileira* 2000 jan/mar; 14 (1): 39-45.
- Griffen AL, Goepferd SJ. Preventive oral health care for the infant, child and adolescent. *Pediatr Clin N Am* 1991; 38: 1209-1226.

- Kuhn E. Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa, PR. Disponível em: http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00008501&lng=pt&nrm=iso Acessado em: 14 abr. 2006.
- Massao JM. Filosofia da clínica de bebês da Unigranrio- RJ. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro 1996 set/out; 53 (5): 6-13.
- Miller RE. Children's dental health: overview for the physician. Pediatric Clin. North American, v. 29, p. 429-432, 1995.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Rio de Janeiro: Abrasco: Hucitec; 1996.
- Moreira M Desenvolvimento anatomo-funcional da boca da fase pré-natal aos 3 anos de idade. In: Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Ed. Santos; 1999.
- Moreira PVL, Chaves AMB, Nóbrega MSG. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada, João Pessoa 2004 set/dez; 4 (3): 259-264.
- Nader SS, Abegg C, Knauth DR. O ensino da prevenção e educação em saúde na área da pediatria do Curso de Medicina da ULBRA: a percepção dos professores. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2006 jan/mar; 50 (1): 31-37.
- Pereira AC e col. Odontologia em saúde coletiva. São Paulo: Artmed, 2003.
- Peterson JE, Schneider PE. Oral habits a behavioral approach. Pediatric Clin. North American 1991 oct; 38 (5): 1289-1307.
- Petersen PE. Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century- The approach of the WHO Global Oral Health Program. Community Dent Epidemiol 2003; 31 (suppl.1):3-24.
- Queluz DP, Aidar JM. Chupeta: um hábito nocivo? Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia 2000 jun; 2: 4-9.
- Sousa AML. Orientando o paciente: a amamentação e a odontologia. Revista APCD 1997 jul/ago; 51(4): 387.
- Schulte JR, Druyan ME, Hagen JC. Early childhood tooth decay: pediatric interventions. Clin Pediatra (Phila) 1992; 31 (12): 727-730.
-

Recebido em 28 de março de 2007

Aprovado em 19 de abril de 2007