ANA CLAUDIA BALADELLI SILVA

BEBÊ-CLÍNICA: *Uma revisão crítica da literatura.*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção do título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

PIRACICABA
2003

ANA CLAUDIA BALADELLI SILVA

1290004283
TCE/UNICAMP
Si38b
FOP

BEBÊ-CLÍNICA: *Uma revisão crítica da literatura.*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção do título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

PIRACICABA
2003

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

Dedico este trabalho primeiramente a mim, que com muita dedicação e sacrifício consegui concluir esta especialização, que é o começo da realização do sonho de estudar a Saúde Coletiva dentro de uma instituição tão renomada e com uma equipe tão grandiosa.

Dedico à minha família; aos meus pais, que sempre estiveram presentes na minha vida ajudando-me, auxiliando-me e orientando-me, neste caminho de luta e dedicação à minha profissão, por vezes fazendo muito além de seus alcances, para que eu conquistasse o meu objetivo. Ao meu irmão, que com muita delicadeza soube me entender e me ensinar a lidar com a informática; à minha irmã, que sempre esteve pronta para me escutar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter colocado, em meu caminho, situações vievenciadas que, em muito, contribuiram para o meu crescimento profissional.

Às minhas amigas, que conquistei ao longo deste curso e, em especial, à Raquel com quem dividi minhas dúvidas e indagações mais profundas sobre a odontologia; à Laura, que sempre com um sorriso e uma palavra amiga soube consolar e à Susana, a experiência em pessoa na Saúde Pública, por sempre nos alertar e nos ajudar no mistério do Sistema Público.

Aos meus professores de curso, em destaque, ao meu orientador Professor Antonio Carlos Pereira, que com sua dedicação consegue ser uma ponte de saber da odontologia e, com muita atenção, orientou-me neste trabalho. Ao Professor Marcelo Meneghim que, com sua calma e serenidade, sempre esteve presente no decorrer do curso.

A todos os colegas do Curso de Especialização, que, com muita dedicação, estão concluíndo o curso conosco: Ana Maria, Heloísio, Osvaldo, Hayanna, Ednalva, Gesyami, Inês e Aline.

À todas as pessoas que participaram, direta ou indiretamente, contribuindo para realização deste trabalho, o meu agradecimento.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRAT	7
1- INTRODUÇÃO	8
2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1- ATENÇÃO PRECOCE	17
2.2 – ANÁLISE DO PERFIL DE RISCO	20
2.3 – EXPERIÊNCIAS EM CLÍNICAS DE BEBÊS	22
2.4 – AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO	56
2.5 – TRABALHO COM GESTANTES	58
2.6 – TRABALHO MULTIPROFISSIONAL	60
3 – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

RESUMO

Neste trabalho, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o atendimento precoce na odontologia, citando filosofias de atendimento e alguns resultados obtidos até o momento. Em termos gerais, verificou-se que as Bebê – Clínicas já são uma realidade em quase todo o país, sejam instaladas em entidades de ensino ou, principalmente, pelo Sistema Público de Saúde. Incontestáveis são as benfeitorias que o projeto, nascido na Universidade Estadual de Londrina, trouxe para a odontologia, já que o enfoque é a Promoção de Saúde desde o nascimento e que a Educação para Saúde se torna priorizada através das palestras do próprio programa, que tem como peça fundamental os responsáveis por estes menores. Embora os aspectos positivos deste pequem por serem excludentes, pois beneficiam apenas as crianças inseridas no mesmo e não visam a saúde geral, pois deveriam ser mais integrados com as outras áreas da saúde. Normalmente, a filosofia empregada nas mais diferentes regiões dos país é a mesma, utilizando como modelo o programa de Londrina. Concluiu-se, que a filosofia só vai conseguir atingir o objetivo desejado, se a mesma conseguir um espectro de ação maior em termos de população e profissionais de saúde, isto é, ser interdisciplinar e interprofissional; quando as entidades de ensino conscientizarem seus graduandos de que estes são profissionais provedores de saúde, os quais devem ter um amplo conhecimento de Educação em Saúde e aspectos relativos à Saúde Coletiva e, finalmente, quando houver publicações realistas da eficácia destes programas em termos de saúde oral.

ABSTRACT

This work realized a bibliographical rising on the precocious attendance in the dentistry, mentioning attendance philosophies and some results obtained until the moment. In general terms, it was verified that the Baby - Clinics, are already a reality in almost the whole country, installed in teaching entities or mainly for the Public System of Health. Unanswerable they are the profits that the project born in the University State the Londrina's brought for the dentistry, since the focus is the Promotion of Health from the birth and that the Education for the Health is prioritized through the lectures of the own program, that has as fundamental piece the responsible persons for these toddlers. Although the positive aspects of this sin for being excludent because it just benefits the children inserted in the program and it doesn't seek the general health, because it should be more integrated with the other areas of the health. Usually the philosophy the used in the most different areas of the country is the same, using as model the Londrina's program. It was concluded that the philosophy will only reach the wanted objective if the philosophy gets a spectrum of larger action in population terms and professionals of health, that is to be interdisciplinary and interprofessional; when the teaching entities become aware its graduates that these are professional suppliers of health, which should have wide knowledge of Education in Health and relative aspects to the Collective Health and finally when there are realistic publications of the effectiveness of these programs in terms of oral health.

1- INTRODUÇÃO

A OMS(1960) afirma que a saúde" é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade"; sendo uma definição que dá um conceito positivo da saúde, considera a saúde como um estado suscetível de gradações. É possível ter mais ou menos saúde, sem estar doente(CHAVES,1986).

NADANOVSKY (2000) cita que a Promoção da Saúde é uma mudança paradigmática, na qual se sugere que, para uma pessoa ser saudável, a ausência da doença não é suficiente, nem tampouco necessária. Na verdade, um estado saudável não é assegurado pela ausência de doenças, podendo, até mesmo, ser compatível com um certo nível desta. Essa idéia representa um afastamento muito grande do modelo médico clássico, fundamentado essencialmente na presença ou não da doença.

O conceito de saúde bucal é uma abstração útil. A rigor, saúde é um estado do indivíduo, que não pode subsistir como saúdes parciais dos diversos órgãos e sistemas. No entanto, para efeitos práticos, o conceito de saúde parcial (saúde bucal) serve para identificar objetivos parciais em programas de saúde, desde que não se perca de vista a limitação deste conceito. A saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, da saúde geral do indivíduo (CHAVES, 1986).

O século XX, particularmente em suas três últimas décadas, testemunhou o desenvolvimento de uma odontologia cada vez mais eficiente e de melhor

qualidade, capaz de oferecer alternativas técnicas de crescente sofisticação e praticidade, para solucionar os problemas de saúde bucal (mesmo os mais complexos dos seus clientes). Em contradição, países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, chegam ao vigésimo primeiro milênio sem uma política definida de saúde bucal e com significativas parcelas da população sem conseguir acesso a cuidados clínicos e preventivos essenciais, de maneira regular (PINTO, 2000).

Nos países ocidentais, principalmente na primeira metade do século XX, um crescente consumo de açúcares favoreceu a expansão dos níveis de ataque pela cárie dental, notadamente em crianças e adolescentes, até atingir padrões nunca antes visto. Dificuldades de ordem econômica aliadas aos efeitos de duas grandes guerras mundiais e diversos conflitos localizados fizeram com que o costume das extrações em série se instalasse, transformando o edentulismo em verdadeira epidemia, que atingiu, até mesmo, povos de nações tradicionalmente consideradas evoluídas para o seu tempo (PINTO, 2000).

Aos poucos, desde meados dos anos 70, a situação epidemiológica começou a melhorar, pelo menos para os estratos mais jovens, graças às conseqüências positivas alcançadas com a gradativa generalização de métodos preventivos da cárie dental. De início, o fenômeno da redução dos índices de cárie em crianças limitou-se aos países industrializados, mas já, na década iniciada em 1990, resultados positivos começaram a ser observados nos países em desenvolvimento, beneficiando países com políticas de saúde consideradas mais

selvagens (baseadas no atendimento apenas dos que podem pagar os preços cobrados por uma profissão cuja essência organizacional é liberal) (PINTO, 2000).

A prevenção da cárie dentária tem se constituído de grande interesse durante o último século, obviamente devido às dificuldades e custos relativos com o tratamento das cáries dentárias. Os princípios nos quais a prevenção de cáries foram originalmente baseados eram a higiene mecânica (escovação dentária) e a mudança na dieta (redução do consumo de sacarose). Embora ambos os princípios estejam de acordo sob um ponto de vista científico, mesmo nos dias de hoje, os resultados foram muito desanimadores; somente um pequeno segmento de uma parte da população, com melhor educação, foi capaz de obter prevenção significativa de cárie, pôr esses métodos. Exceções foram os períodos quando o racionamento de açúcar foi obrigatório durante as duas guerras mundiais. Esses períodos mostraram, sem dúvida, que o consumo de sacarose era o principal fator na etiologia das cáries dentárias (KOCH et al, 1992).

Historicamente, o termo cárie dentária tem sido usado como sinônimo de cavidade, e seu tratamento entendido como reparo dessa lesão. Esta acepção é resultado da falta de conhecimento científico do processo da doença. Na origem da profissão odontológica, os profissionais tratavam a doença removendo o dente. Ainda hoje, caricaturas de profissionais extraindo dentes são utilizadas para simbolizar o cirurgião-dentista. Com a finalidade de aliviar a dor e evitar o desenvolvimento da doença, foram aperfeiçoados métodos de tratamento reparador, tornando possível interromper a progressão da cárie (mas não a instalação da doença). O tratamento da seqüela foi considerado como tratamento

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

da doença e o conhecimento científico sobre a etiopatologia da cárie insuficiente para o controle desta. Acreditava-se que toda lesão obrigatoriamente evoluía, o que fez surgir conceitos como o de que "o defeito de esmalte de hoje, será a cavidade de cárie de amanhã" (HYATT, 1933. IN: TOLEDO, 1996).

A odontologia cirúrgico-restauradora é limitada, na sua essência, quando se trata de promover saúde, embora sob o ponto de vista restaurador tenha atendido todas as necessidade existentes em sistemas organizados de países ricos. A atenção às necessidades restauradoras de uma população não impede que perdas dentárias significativas venham a ocorrer na idade adulta, e medidas preventivas tradicionais, baseadas na tríade de KEYES, não são suficientes para impedir a progressão das perdas dentárias (KRAMER, 1997).

Com o progresso do entendimento sobre a etiologia e patologia da doença, seu controle passa a ser tangível. A cárie dentária é uma doença que afeta estruturas mineralizadas dos dentes (esmalte e dentina) e o cemento. Tem desenvolvimento crônico e, geralmente, quando não tratada, progride até a destruição total do dente. É uma doença infecciosa ocasionada por bactérias que colonizam a superfície do dente, formando a placa dentária (TOLEDO, 1996).

Entretanto, os dentes podem estar revestidos por bactérias orais sem sinais visíveis de lesão de cárie, portanto, podemos concluir que, ao mesmo tempo em que os depósitos microbianos são necessários, não são suficientes para causar cárie (THYLSTRUP, 1995).

O processo DES X RE, fundamental para a experiência de cárie do indivíduo, existe como fenômeno fisiológico e bioquímico na cavidade oral com a presença de dentes naturais. A presença de cavidades de cáries em indivíduos jovens está associada à velocidade da progressão da lesão que, por sua vez, é resultante de um desequilíbrio agudo do processo DES X RE, favorecendo a DES. Desequilíbrios desta natureza ocorrem em indivíduos ou populações, que tenham hábitos alimentares de grande freqüência de consumo de sacarose aliada a baixos níveis de higiene oral e exposição insuficiente ao flúor. O principal objetivo da odontologia de promoção de saúde é buscar o equilíbrio no processo DES X RE, seja no indivíduo ou coletividade, de maneira que a sua atividade não redunde em lesões irreversíveis, que demandem restaurações das estruturas dentárias (KRAMER, 1997).

A cárie dentária é atualmente conceituada como uma doença infecciosa de origem bacteriana e transmissível entre humanos. O seu tratamento como tal, no Modelo de Promoção de Saúde, está vinculado a teoria da placa específica e, nestas condições, pode-se controlar a infecção tanto por métodos invasivos (remoção dos fatores retentivos de placa) em combinação com os de natureza não invasiva (controle químico – mecânico de placa e fluorterapia) ou, somente por estes últimos, quando os estágios de perda mineral forem predominantemente lesões brancas (ARAUJO e FIGUEIREDO, 1997).

Os cirurgiões-dentistas devem estar capacitados a informar corretamente seus pacientes e o público em geral, quanto às principais estratégias de promoção

da saúde, tornando-se uma referência positiva importante para a sociedade, no que 2000).

CÁRIE DENTÁRIA – DOENÇA DE DIFÍCIL DEFINIÇÃO

Em função da perspectiva de enfoque, diversas vertentes de definição para a cárie dentária são possíveis:

*Aspectos histopatológicos das lesões, quando observadas microscopicamente;

*Alterações bioquímicas que são subjacentes, dependente de inter-relação entre pH, fluxo mineral e solubilidade na interface dente/saliva;

*Interação que envolve as bactérias do meio bucal e tecidos dentários;

*Aparência e evolução macroscópica das lesões, em termos clínicos.

Entretanto, um entendimento globalizado sob todos os enfoques é que subsidiam os profissionais na sua abordagem terapêutica.(SANT'ANA, 2001).

A prevenção é a predisposição para antecipar-se à ocorrência de algum dano ou mal, impedindo que este se concretize (LASCALA,1997). O tratamento sintomático de cárie dentária e de doença periodontal, por si só, não cura essas doenças. É necessário identificar os fatores determinantes das doenças, o hospedeiro susceptível, as bactérias patogênicas e o substrato apropriado. O tratamento da cárie e da doença periodontal, entendido desde o controle do processo da doença até a reparação da lesão, consequentemente, só poderá ser alcançado pela interferência nos fatores relacionados com os processos complexos

destas doenças. Para que isto ocorra, é necessário um diagnóstico baseado nos fatores determinantes da doença, e não somente nos seus sintomas (TOLEDO, 1996).

Freqüentemente, quando a criança é acometida pela cárie dentária, suas delicadas manifestações iniciais passam despercebidas pelos responsáveis, possibilitando que a doença encontre terreno fértil para sua progressão. O grande desconhecimento das mães, quanto a época ideal de levar seus filhos a primeira consulta com o Odontopediatra, somado a "surpresa" em saber que as crianças podem ter cárie dentária em idade bastante jovens, agravam o quadro clínico da doença, que, quando se manifestar, só virá a ser tratada quando provavelmente ocorrer dor, desconforto ou problemas estéticos (CÔRREA, 1998).

A forma mais severa de cárie, na infância, é a denominada, comumente, de Cárie de Mamadeira ou Cárie de Amamentação. Devido aos graves problemas de ordem geral e local, que esse tipo de cárie pode causar, ALVES e MONTADOR, em 1999, com o objetivo de esclarecer aos profissionais de saúde a importância da prevenção dessa doença, concluíram que a cárie de mamadeira é uma forma grave de cárie, que pode surgir no primeiro ano de vida da criança e pode deixar graves seqüelas para a saúde bucal e geral. Uma primeira consulta odontológica é recomendável no primeiro ano de vida, sendo necessária uma cooperação multiprofissional para a manutenção da saúde global da criança e atuação preventiva-educativa.

A incorporação dos princípios da Cariologia e da Filosofia da Promoção de Saúde na prevenção e tratamento da cárie tornou mais compreensível a importância do início precoce da abordagem preventivo-educativa, sendo que programas de saúde bucal voltados aos infantes e pré-escolares foram implementados e vêm apresentando resultados muito satisfatórios.(FLÓRIO e PEREIRA, 2003).

Atualmente, existe um grande interesse na educação para a saúde bucal, sendo que, dentro do que se convencionou chamar de Odontologia voltada para a "Promoção de Saúde", a educação é de fundamental importância. Em Odontopediatria, a educação do paciente é um dos pontos mais importantes dentro do tema prevenção (GUEDES-PINTO, 1995).

Apesar da preocupação de alguns autores, quanto aos cuidados odontológicos em crianças de baixa idade (bebês) terem sido divulgados no início deste século, só recentemente estes começaram a receber uma atenção maior por parte dos cirurgiões-dentistas no Brasil e em outras partes do mundo. Uma criança é um ser em desenvolvimento físico, psíquico e social, que recebe influências natas e adquiridas, porém se desenvolve em três sentidos básicos: céfalo-caudal, mésio-distal e do genérico para o específico. Estas direções fornecerão o amadurecimento das funções básicas iniciais e fundamentais para a sobrevivência, adaptação e para a execução das funções de maturação (processos orgânicos ou mudanças estruturais são independentes da experiência ou prática do meio externo) e de aprendizado (processo que é originado ou alterado pelo treinamento),

sendo assim é de fundamental importância o seu atendimento precoce (WALTER, 1999).

DESENVOLVIMENTO PISICOLÓGICO DA CRIANÇA

WALTER (1999), através dos estudos de RUGLESS (1950), informa que a criança passa por quatro estágios de desenvolvimento, a saber:

1) Pré-selvagem: 0 a 2 anos;

2) Selvagem: 3 a 7 anos;

3) Barbarismo: 8 a 12 anos;

4) Primitivo de civilização: 13 a 16 anos.

1) Estágio Pré-Selvagem: 0 a 2 anos de idade.

- mecanismo emocional pobre;

- sem atividade do lóbulo frontal;

- fase oral de desenvolvimento;

- comportamento motivado pela sobrevivência(instintivo);

- consciência e inteligência ausentes.

2) Estágio Selvagem: 3 aos 7 anos.

- início da atenção odontológica (na maioria dos casos convencionais);

- predominância do instinto;

- curiosidade e facilmente sugestionável;

- aproveitamento para a motivação e adaptação em direção ao tratamento;

- aparecimento da inteligência da consciência.

As crianças que freqüentam escolas em idade mais jovem (a partir de 1 ano) têm oportunidade de receber e viver novas experiências em lugares diferentes. Têm, portanto, um amadurecimento mais rápido, sendo, às vezes, benéfico, quando o contato se dá com crianças que tenham tido experiências positivas com o tratamento e maléfico, quando o contato é travado com aquelas que tiveram experiências desastrosas (WALTER, 1999).

Baseada em todo o conhecimento adquirido na literatura odontológica, o presente trabalho tem por objetivo fazer um revisão bibliográfica sobre o atendimento precoce em odontologia (crianças de 0 a 36 meses).

2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 – ATENÇÃO PRECOCE

Em um estudo realizado por Barros et al (2001), foram avaliadas as condições de saúde bucal de 340 crianças de 0-30 meses de idade, a amostra composta por 54,4% de meninos, 45,6 % de meninas, oriundos de 20 creches de Salvador, considerando lesões incipientes e relacionando-as a alguns fatores determinantes da cárie. Os exames foram realizados por um único examinador, utilizando espelho, sonda e lanterna. Os dentes foram limpos, secos com gaze e as lesões classificadas de acordo com o grau de severidade em cinco níveis (CO-C4; ativa/inativa). Um questionário avaliou o conhecimento sobre a cárie, fatores de risco, instrução, renda familiar e uso de flúor. Foram incluídos 229 questionários

(67,35%). Observou-se uma prevalência de cárie de 55,3 %, quando todos os estágios da lesão foram considerados:(Tabela 1)

Tabela 1 :Percentual de crianças afetadas pela cárie segundo a idade.

% cárie	Idade
25%	0-12 meses
51,18%	13-24 meses
71,03%	25-30 meses

Avaliando-se apenas manchas brancas ativas, 49,7% das crianças mostraram-se afetadas e 17,6%, apenas com lesões cavitadas. Das crianças afetadas, 91% apresentavam apenas dentes anteriores afetados, 80% das lesões eram incipientes e 20% cavitadas. Não foi observada diferença significante entre sexos. O aumento da quantidade de biofilme dental mostrou associação positiva com a prevalência de cárie nesta faixa etária e a porcentagem de crianças afetadas mostrou-se maior, na presença de aleitamento noturno. Foi observado um aumento da prevalência de cárie com o número de dentes irrompidos. Sugere-se atenção precoce à saúde bucal para o diagnóstico de lesões incipientes e adoção de medidas educativas e preventivas, incentivando mudanças na higiene bucal e dieta.

Um estudo realizado por GAVA-SIMIONI et al (2002) teve por objetivo compreender, por meio das falas das mães, como elas valorizam e dão sentido à

saúde bucal de seus filhos. A metodologia consistiu na aplicação de duas entrevistas a 20 gestantes do Hospital Cel. Pedro Germano, na cidade de Natal – RN. A primeira foi realizada durante o período gestacional, antes delas assistirem a uma palestra odontológica, e a segunda foi realizada com as mesmas mulheres, após o nascimento de seus filhos, durante uma visita domiciliar. Observou-se que muitas mães se perdem no percurso entre a intenção e a ação: embora existisse unanimidade entre as gestantes ao apontar o leite materno como o alimento mais importante para o bebê, outros alimentos foram introduzidos precocemente; a supervisão da dieta e uso do açúcar, além da persistência na introdução da mamadeira e chupeta, suscitam a necessidade de acompanhamento do binômio mãe-filho. Outro aspecto a ser citado diz respeito aos questionamentos que advém com o exercício das ações, isto ocorreu com a técnica de higienização bucal, evidenciando-se que as mães, mesmo com segurança na execução da mesma, necessitam de estímulo para dar continuidade. Frente a estes achados, ressalta-se a importância do maior conhecimento do grupo que será beneficiado com o programa educativo, visando captar seus valores e, a partir daí, adequar as ações, com o intuito de motivar os indivíduos a agir, respeitando suas particularidades; enfatizar-se também a necessidade do acompanhamento da mãe e do bebê no período pós-parto.

2.2- ANÁLISE DO PERFIL DE RISCO

O risco real da doença cárie descreve até que ponto uma pessoa, em determinada época, corre o risco de desenvolver lesões cariosas, devido a fatores ambientais e/ou congênitos.

Dentro dos conceitos atuais de diagnóstico, prevenção e controle da doença cárie, está o estabelecimento do prognóstico do aparecimento de "novas" lesões, associada e possibilidade, isto é, o risco do paciente desenvolver a doença.

É preciso, ainda, diferenciar risco de atividade da doença cárie dentária, que se refere ao incremento de lesões novas e recorrentes, em um determinado intervalo de tempo.

A predição cuidadosa do risco da doença cárie é de extrema necessidade à medida que ações preventivas e de controle específicas possam ser dirigidas aos indivíduos, que apresentem alto risco antes que lesões possam se desenvolver.

Os fatores de risco possibilitam ao indivíduo adquirir a doença, e os fatores etiológicos determinam o seu surgimento. A gravidade depende da intensidade de cada um dos fatores e da inter-relação entre eles.

Para se estabelecer um conceito de risco para um indivíduo, uma forma de avaliação mais global e abrangente, incluindo informações sobre idade, hábitos, dieta, experiência passada da doença, fatores salivares e microbiota do paciente torna-se necessária.

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

QUADRO 1: SUGESTÃO DE INDICADORES CLÍNICOS PARA O ESTABELECIMENTO DE RISCO

RISCO	Lesões Cariosas Primárias ou Secundárias(Quantidade)	Tratamentos Endodônticos e Dentes Ausentes	Lesões ou Restaurações em Sup. Lisas	Higiene Bucal	Educação em Saúde e Informação
ALTO	Múltiplas	Múltiplos	Múltiplas	Precária	Não tem
BAIXO	Não apresenta	Não apresenta	Pouca ou Nenhuma	Adequada	Bom grau

Fonte: SANT'ANA, 2001.

RAMOS-VALENTE ,em 2002, realizou um estudo para avaliar os fatores de risco à cárie em 118 pacientes entre 1 e 40 meses de idade de uma unidade de saúde pública do RJ, que ingressaram no atendimento entre fevereiro e agosto de 2001. A partir dos prontuários odontológicos, foram coletados dados da anamnese e exame clínico iniciais, relativos ao motivo da 1ª consulta (MC), tipo e freqüência do aleitamento (AL), hábitos de higiene bucal (HB) e status de saúde bucal. Os resultados demonstraram que a média de idade foi de 11,1 meses. A busca de orientação foi o MC para 94,1% da amostra. O AL natural foi o mais prevalente em bebês de até 4 meses (44,2%), o artificial em 50,0% dos bebês entre 12 e 18 meses, e 90,5% dos maiores de 12 meses ainda praticavam o AL noturno. Quanto à HB,42.4% dos responsáveis, afirmaram higienizar os dentes de seus filhos 3 vezes por dia. A

média do número de dentes presentes foi de 5,8 e de cariados 0,4. Dos bebês com ao menos 1 dente erupcionado, não apresentavam cárie 81,3% dos menores de 12 meses e 69,8% dos que estavam acima desta idade. Diante destes resultados, conclui-se que a 1ª consulta deu-se tardiamente, que a prevalência de cárie estava diretamente relacionada com o aumento da idade concordando com a literatura, e que havia presença de fatores de risco à cárie.

2.3- EXPERIÊNCIAS EM CLÍNICAS DE BEBÊS

A partir deste tópico, vamos estar abordando algumas experiências e seus resultados obtidos com o atendimento precoce ao bebê. Sabe-se que há inúmeras clínicas de atendimento a esta faixa etária, sendo que estaremos abordando os relatos de experiências profissionais.

Na atualidade, muito se tem destacado sobre a importância do atendimento precoce em Odontopediatria, como premissa básica para se atuar em promoção de saúde, havendo um consenso que a 1° visita deva ocorrer no 1° ano de vida. Diversas faculdades e serviços de saúde têm criado as "Clínicas de Bebês", visando o atendimento de crianças de 0 a 36 meses, priorizando o atendimento educativo-preventivo. Na maioria destes centros, o atendimento é feito por profissionais graduados, desde cursos de estágios até pós-graduação. Considerando que a questão educativa é fundamental para a promoção de saúde, seria importante que a formação do profissional, durante a graduação, fornecesse condições teórico-práticas para atuar nesta faixa etária.

No site da Universidade Estadual de Londrina, consta um artigo sobre um breve histórico da Bebê Clínica desta instituição e da situação das clínicas de bebê da rede pública do município redigido por ARAÚJO et al (2003). Consta que a Bebê-Clínica já possui 14 anos e é um núcleo de odontologia que desenvolve um programa gratuito de prevenção e tratamento de doenças odontológicas, iniciado com crianças de zero a seis meses, que são acompanhadas até seus cinco anos de idade. A Clínica conta ainda com um pronto-socorro odontológico, que atende crianças de até cinco anos. Hoje, no total, o programa atende anualmente 18.500 mil pequenos pacientes, dos quais 4.500 no pronto-socorro. Em 1983, a Universidade Estadual de Londrina e a Universidade de Iowa, nos Estados Unidos tinham o projeto de criação da Bebê-Clínica. Em 1985, o projeto brasileiro foi aprovado pela FINEP(Financiadora de Estudos e Projetos), e finalmente, em 1986, a UEL conseguiu implantá-la. Para os fundadores, essa iniciativa pioneira deu "frutos inimagináveis" na época, o que resultou no encerramento da fase experimental da Bebê-Clínica e sua institucionalização em 1990. Um levantamento feito em 1998 mostrou que esse tipo de clínica já existia em 15 estados brasileiros, e também em outros países como Peru, Paraguai e Chile. Constantemente, profissionais de vários locais vêm a Londrina para fazer cursos sobre as técnicas desenvolvidas neste centro. Para entrar no programa, as crianças devem ter, no máximo, seis meses. Durante as consultas preventivas, as mães aprendem a fazer a limpeza da boca do bebê, ainda sem dentes, com pedaços de fraldas ou gaze molhada em água. Quando os pais interessados chegam à Clínica, são divididos em turmas de 20 para uma reunião, onde recebem orientações sobre o tratamento. Os resultados obtidos foram bastante expressivos

em 1985, 85% da crianças procuravam a Clínica para tratamento curativo e 15% para tratamento preventivo. Já em 1990, outra pesquisa mostrou inversão desses números: 12% buscavam tratamento curativo e 82% preventivo. Além disso, pesquisa feita em Londrina, no ano de 1993, indicou que crianças de até dois anos, que fizeram o tratamento da Bebê-Clínica não apresentavam cárie alguma e, apenas 28,57% das crianças com cinco anos, apresentavam lesões dentárias. Em Londrina, há 35 unidades básicas de saúde e todas oferecem atendimento odontológico à crianças. As crianças maiores de seis meses são encaminhadas para postos de saúde, porque todos os profissionais foram treinados pelo projeto. Em 1993, o tratamento odontológico para bebês também foi reconhecido como um direito à cidadania (durante a Conferência Nacional de Saúde Bucal em Brasília).

No Paraná, há cerca de 02 décadas na Universidade Estadual de Londrina, lançou-se um projeto inovador para a época, já que o atendimento precoce ao bebê sabia-se que era necessário, mas pouco se havia feito até então. A seguir é apresentado um breve histórico sobre a Clínica de Bebês da UEL/Londrina.

QUADRO 2: HISTÓRICO DA CLÍNICA DE BEBÊS DA UEL/Londrina.

1983/84	- Elaboração do Projeto: Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida. Carta consulta enviada a FINEP.
1985	- Aprovação do projeto pela FINEP – Projeto número 43.85.0053.00. Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida.
03/1986	- Inauguração oficial da Bebê-Clínica, com objetivo de mudanças conceituais da época através da conscientização da população para o atendimento precoce, processo que resultou hoje no conceito de atenção precoce e manutenção da saúde bucal.

1987	- Informatização da Bebê-Clínica e renovação do Projeto com o título: "Clínica Odontológica para Bebês" (Bebê-Clínica) Projeto número 42.87.0827.00- FINEP
1988	- Instituição do estágio para formação de profissionais.
1990	- Encerramento da fase experimental e início da institucionalização da Bebê-Clínica. Dezembro.
1992	- Institucionalização do estágio para alunos do último ano de graduação.
1993	- Instalação do grupo de pesquisa CNPq/UEL/BEBÊ-CLÍNICA. - Reconhecimento da Odontologia para Bebês como um direito de cidadania, na 2 Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília – DF.
1995	- Criação do Núcleo de Odontologia para Bebês e transferência das instalações para a Cidade da Criança, através do convênio de cooperação entre a Universidade Estadual de Londrina e a Prefeitura do Município.

"Não é apenas uma boa educação que começa no berço, uma boa dentição também", pensando desta maneira foi que os professores da disciplina de Odontopediatria da UEL se reuniram, a partir de 1983, num projeto pioneiro, visando o atendimento das necessidades odontológicas de uma população (0-30 meses) que, até então, não estava enquadrada pela Odontologia convencional, e que, de acordo com dados do IBGE, em 1980, correspondiam a cerca de 8 milhões de crianças (WALTER, 1999).

Os tipos de conduta apresentada pelas crianças, no primeiro ano de vida, de acordo com estudos em desenvolvimento no Bebê-Clínica, pode ser visto no Quadro 3.

QUADRO 3: CONDUTAS EXECUTADAS NA BEBÊ-CLÍNICA UEL/PR.

SÍMBOLO	CONDUTA	CARACTERÍSTICA DAS CONDUTAS
	CONDUTA NEGATIVA	- choram quando vão para os raços do operador; - choram ao deitar no macri; - não se interessam pelos objetos apresentados; - não reagem positivamente aos oques na região labial e mento; - mantêm os lábios cerrados no nomento da limpeza; -tentam impedir os rocedimentos do operador com s mãos; - empurram o dedo do operador com a língua.
	CONDUTA INDEFINIDA	- apenas acompanham os objetos com o olhar, mas sem pegá-los; - não choram quando vão para os braços do operador; - não choram ao serem colocadas no macri; - apresentam sensibilidade na região do lábio e mento; - choram quando são abordados por trás, quando deitados no macri; - quando se inicia a limpeza na cavidade bucal, reagem com choro fraco.

	CONDUTA POSITIVA	- grande reflexo de sucção; - interesse por todos objetos apresentados; - agem naturalmente no macri, em estranhar o que é novo; - reagem positivamente aos toques na região de lábio e mento.

Fonte: MELLO,M.M.;1995.

PERÍODOS DE ATENDIMENTO ESPECIAIS EM ODONTOPEDIATRIA

Tratamentos diretos e indiretos que o profissional oferece, tanto a gestantes como em recém-natos e infantes menores de 30 meses de idade. MATHEWSON et al(1982) dividiu a clínica de bebês em:

- Período Pré-natal;

- Período Pós-natal: de 0 a 6; de 7 a 12, 13 a 24 e 25 a 30 meses de idade.

A Bebê-Clínica teve sua origem baseado nos seguintes objetivos:

- criar técnicas de abordagem para crianças de até 12 meses de idade para realização das terapias preventivas e curativas;

- desenvolver técnicas de acompanhamento para as crianças de até 30 meses de idade,

- estender os métodos desenvolvidos para o sistema de saúde pública;

- treinar o pessoal leigo, para as tarefas educativas, preventivas e curativas primárias (WALTER, 1999).

A educação visa apoiar a mulher em qualquer época de sua vida, pois, sendo conscientizada, ela transferirá para os filhos os conhecimentos recebidos e, assim, após uma geração, os ciclos recebidos estarão completados independente de quando ele começou ou em que período ocorreu.

ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A educação para profissionais visa fornecer conhecimentos básicos da Odontologia para Bebês aos profissionais da área de saúde: médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos a respeito do que seja a Odontologia para Bebês e as vantagens de sua aplicação.

Os aspectos mais importantes a serem abordados são

- aleitamento e amamentação;
- cárie tipo mamadeira;
- limpeza de boca e dos dentes;
- alterações de desenvolvimento (Pérolas de Epstein);
- erupção (quando e como);
- chupetas e hábitos;

- flúor;

- dados e interesse profissional (WALTER, 1999).

NECESSIDADES EDUCATIVAS PARA A POPULAÇÃO

O programa educativo para a população é realizado em 3 níveis:

- Educativo Geral: realizado antes do ingresso nos programas, direcionado a grupos de pais, visando uma sensibilização primária a respeito da saúde geral e da saúde buco-dentária de seus filhos;

- Educativo Específico: onde os pais, em grupos, recebem orientação de como, quando e porque realizarem a atenção odontológica. A partir daí, os pais terão condições de definir sua participação ou não ao programa de bebês;

- Educativo Individual: realizado sempre na 1ª consulta e reforçado em todos os retornos. Este tratamento educativo é realizado em um ambiente apropriado, que é a "sala de aconselhamento", onde inicia e termina todo o atendimento odontológico.

Especificamente, serão abordados alguns aspectos de QUANDO, COMO E PORQUE iniciar a atenção odontológica e, também, como controlar a amamentação noturna (WALTER, 1999).

CÁRIE NO BEBÊ – PREVALÊNCIA

Na década de 50, TOVERUD et al(1953) indicavam prevalências da cárie na faixa etária de 1 a 5 anos entre 5 e 75%: (Tabela 2)

Tabela 2: Prevalência de cárie (%) entre crianças de 1 a 5 anos.

IDADE DA CRIANÇA	PREVALÊNCIA DE CÁRIE
1	5%
2	10%
3	50%
5	75%

Fonte:TOVERUD et al, 1953

No Brasil, os dados sobre a prevalência estavam mais relacionados com as crianças pré-escolares. TOLEDO (1986) verificou que, aos 3 anos, 33% dos molares já estavam cariados, porém não apresentou dados sobre a epidemiologia em crianças abaixo de 3 anos (WALTER, 1999).

Em 1987, Walter et al apresentaram um estudo preliminar onde a prevalência da cárie era de 34% nas crianças de 0 a 2 anos e meio. Esta prevalência, extremamente alta, refletia a população estudada, que era seletiva e distorcida, pois se tratava dos primeiros 235 bebês atendidos pela Bebê-Clínica. Já em 1992, Walter e Nakama informaram que a prevalência em 2264 crianças de 0 a 36 meses atingia os seguintes percentuais: (Tabela 3)

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

Tabela 3: Prevalência com a idade da criança em meses.

IDADE DA CRIANÇA	PREVALÊNCIA CÁRIE
6 – 12	4,5%
13 – 24	28,5%
25 – 36	49,1%

Fonte:WALTER e NAKAMA, 1992.

Em 1993, MORITA et al apresentaram um quadro de prevalência da cárie, fazendo uma comparação entre as crianças de outras nacionalidades: (Tabela 4)

Tabela 4: Prevalência de cárie em crianças em diferentes literaturas.

Autor/País	Publicação	Idade<12m e %Cárie	Idade 13-24 m e %Cárie	Idade 25-36 m e % Cárie	Idade >3 anos % Cárie
Savara et al U.S.A.	1954	--	22,6%	23,1%	61,8%
Toth; Szabo U.S.A.	1959	--	5%	25%	50%
Hennon et al U.S.A.	1968	--	8,3%	35,3%	57,2%
Winter et al Inglaterra	1971	--	2%	18%	36%
Cleaton; Jones África do Sul	1978	--	37,5%	53%	78,9%
Morita et al Londrina – Br	1993	3,8%	24,3%	45,9%	--
Tomita et al Bauru	1994	--	11,5%	--	74%
São Paulo	1994	--	14,8%	--	41,8%

Fonte: Adaptado de MORITA et al 1993.

Pela tabela 4, verificamos que, em nível mundial, a prevalência da cárie, em população de até 3 anos, é aparentemente uniforme. Porém, apresentam uma característica muito forte, que é o aumento da prevalência entre o 1° e 2° ano de vida. Este aumento chama a atenção, principalmente, quando fazemos uma projeção da prevalência da cárie, usando os dados de MORITA et al (1993) e comparando-os com os de BEZERRA (1990). Na projeção de NAKAMA e WALTER (1995), a prevalência é a seguinte: (Tabela 5)

Tabela 5: Prevalência de cárie em crianças de 0 – 60 meses

Idade em Meses	Prevalência Cárie	Incremento
0 – 12	8,7%	3,15
13 – 24	27,4%	1,7
25 – 36	46,1%	1,4
37 – 48	64,8%	1,3
49 – 60	82,5%	

Fonte: NAKAMA e WALTER (1995).

Na tabela 5, observamos que a prevalência aumentou 3,15 vezes, entre a idade de 1 a 2 anos, enquanto que os outros aumentos foram significativamente menores. Este fato mostra que o grande pico da prevalência da cárie ocorre entre 13 e 24 meses. Sendo este fato verdadeiro, temos que admitir que a idade ideal para uma criança começar a atenção odontológica é aquela menor de 12 meses.

Um aspecto que chama a atenção precoce foi verificado por WALTER (1999), o qual relata que a cárie atinge somente 2% da população até 1 ano e meio

e 13,3% entre 3 e meio e 4 e meio anos de idade, informando que a época ideal da atenção na Bebê-Clínica da UEL também apresenta uma redução drástica da prevalência da cárie. Essas crianças são atendidas antes de completarem 1 ano de vida e são acompanhadas até os 5 anos. Nestes casos, a prevalência diminui, assim como a gravidade da lesão.(Tabela 6)

Tabela 6: Prevalência de cárie entre crianças na etária de 1 – 5 anos(UEL/Pr).

IDADE	PREVALÊNCIA
1 ANO	0%
2 ANOS	0%
3 ANOS	6,25%
4 ANOS	17,24%
5 ANOS	28,57 %

TIPOS DE CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

- CÁRIE SIMPLES: afeta os incisivos superiores proximais (Mesiais dos Incisivos Centrais Superiores) e oclusais dos molares, poucas lesões e não ultrapassando a 6(Seis).

- CÁRIE TIPO MAMADEIRA: afeta todos os dentes, com início na vestibular dos Incisivos Superiores, atinge as crianças ainda no primeiro ano de vida e tem na sua etiologia fortes componentes sócio-culturais relacionados com a amamentação noturna e a ausência de limpeza e/ou escovação.

- CÁRIE NEGLIGENCIADA: é toda aquela lesão, simples ou de mamadeira, que não recebeu atenção e, consequentemente, ocasiona a perda da coroa clínica e/ou possui envolvimento pulpar (WALTER, 1999).

QUADRO: Sumário dos Atendimentos Executados na Bebê-Clínica UEL/Pr.

PERÍODO	OBJETIVO	PROCEDIMENTOS
PRÉ – NATAL	Educação aos pais	Discutir com os pais os aspectos gerais da maternidade em relação à formação de bons dentes.
	Dieta materna	Analisar os aspectos dietéticos que intervém na formação de bons dentes como F, Ca, P, Vit. A,C, D.
	Terapêutica pré-natal	Esclarecer época correta para 1° visita do bebê ao dentista. Problemas com medicamentos ex; Tetraciclina.
NASCIMENTO ATÉ 06 MESES	Exame buco-dental	Verificar possíveis anomalias congênitas ou de desenvolvimento.
	Educação odontológica sobre saúde dos dentes	Discutir aspectos de higiene e controle alimentar na prevenção das cáries.
	Suplementação de Flúor aplicações	Estabelecer o programa de fluoretação (complementação e aplicações tópicas).

		Tipo de alimentação e sua possível interferência na geração de cáries.
	Dieta infantil e forma de alimentação	Determinar níveis adequados de flúor e vitamina.
		Discutir os hábitos e as possíveis relações com a má-oclusão.
		Não intervir. Aconselhar. Discutir a oportunidade do início após a erupção.
	Sucções	
	Higiene/limpeza	
6 MESES A 12 MESES	Exame buco-dental	Observar seqüência erupção, formação dos dentes, oclusão, etc.
	Avaliação do programa educação aos pais, fluoretação.	Observar se os pais puseram em prática o programa de controle de cárie.
		Observar uso correto, adicionar novo flúor tópico de acordo com as condições.
	Dieta infantil	Tipos e formas de alimentar. Analisar interferência da mamadeira. Orientar.
	Hábitos bucais-traumas	Discutí-los. Explicar freqüência e como proceder caso ocorram.

	Higiene/limpeza	Verificar uso adequado da limpeza com fralda e/ou gaze.
12 MESES A 24 MESES	Exame buco-dental	Inspecionar dentes, tecidos moles; Inspecionar cáries, oclusão, freios; Observar resultados de controle de placa/cárie.
	Avaliação programa educação – fluoretação	Discutir e readequar uso de fluoretos.
	Dieta	Observar e analisar tipo/freqüência na alimentação. Observar mamadeira.
	Hábitos bucais	Discuti-los e orientar os pais.
	Traumas	Observar o desenvolvimento dos arcos; Discutir traumas e prevenção
	Escovação	Introduzir a escovação após a completa erupção dos 1° molares

Fonte: BEZERRA, A.C.B. 1990.

NAKAMA, em 1994, realizou uma pesquisa onde entrevistou 338 pais ou responsáveis de crianças do Programa da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina, sendo 234 que ainda permaneciam no programa (G1) e 104

que não estavam no programa (G2), com o objetivo de verificar o grau de "compliance" dos pais, com relação as orientações dadas, bem como relacionar a aplicação do método educativo-preventivo preconizado à experiência ou não de cárie nas crianças. As questões formuladas eram referentes às mamadas noturnas, à limpeza bucal, ao uso de flúor, à ingestão de açúcar, à mudança de hábitos, à possibilidade de disseminação das orientações via pais e ao motivo de permanência ou não no Programa. Os resultados mostraram "compliance" positiva para o G1, com relação a limpeza após a mamada noturna em horário adequado, bem como, quanto ao uso do flúor com cotonete à noite, e "compliance" negativa, com relação ao consumo de açúcar e as mamadas noturnas. Não mostraram diferença, estatisticamente significativa, entre os grupos 1 e 2, com relação a ter ou não cárie, nas variáveis estudadas.

MELO e WALTER, em 1997, realizaram um trabalho avaliando a relação comportamental em bebês de 0 a 30 meses. Com o advento da Odontologia para bebês e a consequente instalação, na UEL, em 1985, da primeira Bebê-Clínica do Brasil, mais de 5000 já haviam sido atendidos. Das interrogações que permaneciam, uma era conduta destas crianças, no início e no transcorrer do tratamento. A visita ao dentista, já no primeiro ano de vida, é justificada, principalmente pela manutenção de sua saúde bucal e também pelo fato de as crianças crescerem já ambientadas com os consultórios dentários, se a procura for para intervenção preventiva. O objetivo deste foi o de observar se, de fato, a atenção odontológica, no primeiro ano de vida, é benéfica ou não para o desenvolvimento da criança em relação ao seu comportamento, e, para isso,

utilizaram a Escola de Wright. Foram selecionados aleatoriamente 300 bebês que entraram no programa no período de dezembro/90 a junho/93. Os dados foram coletados das fichas, onde as condutas comportamentais apresentadas pelas crianças, na fase inicial, intermediária e na última consulta ocorrida na clínica, estavam assinaladas. Ao final da observação, 80,6% da fichas pesquisadas apresentavam conduta positiva ou satisfatória (C ou D), enquanto que, no início do tratamento, apenas 29% apresentavam-se com esta conduta.

Em 2002, Scarpelli et al realizaram uma avaliação da experiência do ensino do Núcleo de Odontologia para Bebês da Universidade Estadual de Londrina, sendo que, desde o ano 2000, este tinha oferecido, em 102 hs/aula, a disciplina de Odontologia para Bebês, cujos objetivos eram: contribuir para a formação de um profissional capaz de reconhecer as necessidades odontológicas da primeira infância, inserida no contexto da saúde geral; sensibilizar o acadêmico para prática do trabalho multidisciplinar e multiprofissional, necessários no atendimento a bebês; levar o aluno a reconhecer a importância da Odontologia para bebês, na promoção da saúde bucal. Nas atividades práticas, os alunos eram inseridos em dois cenários distintos: o Núcleo de Odontologia para Bebês (Bebê-Clínica/UEL), onde a atenção é fundamentada na co-participação dos pais, e o Centro Municipal de Educação Infantil Valéria Veronesi, onde a educação para saúde é direcionada aos professores e educadores infantis. Ao final do ano letivo, além da avaliação dos alunos, era realizada a avaliação da disciplina pelos alunos e professores do centro infantil, sobre questões como a capacidade da disciplina de despertar a visão interdisciplinar e multiprofissional necessárias no atendimento às

crianças de pequena idade e o reconhecimento da importância da educação na promoção da saúde bucal. Para os alunos inscritos na disciplina no ano de 2000, seus aproveitamentos foram 23%, ótimo; 67%, bom; e 10%, regular. A avaliação dos professores e educadores infantis mostra que 73,3% consideram o trabalho dos alunos bom e 26,7% ótimo. Pode-se concluir que a disciplina atingiu os objetivos propostos, contribuindo para a formação mais adequada às demandas atuais.

No site oficial da Secretaria de Estado da Saúde do Instituto de Saúde do Paraná, há a informação que, desde 1997, a mesma vem incentivando a implantação de clínicas do Bebê, visando a atenção precoce em saúde bucal. Além de capacitar 212 profissionais de 207 municípios, com curso de aperfeiçoamento na Bebê-clínica da Universidade Estadual de Londrina, a Secretaria repassou a cada município macris, num total de 268. A home page relata que 165 municípios estão com suas Clínicas de Bebê funcionando regularmente, havendo um grande empenho da Secretaria em aumentar este número e inclusive estimular novos municípios a aderirem ao programa, promovendo o treinamento de seus profissionais e a cessão do equipamento para o atendimento. Os resultados mostram que as crianças, que iniciaram o programa com idade até 12 meses, obtiveram índice de prevenção de 96%, enquanto que aquelas que iniciaram o programa após 12 meses de idade apresentaram um índice menor, o que significa que a prevalência de cárie reduz significativamente, quanto mais precocemente for o início do atendimento.

GARBELINI e PINTO, em 1996, publicaram um trabalho relatando a experiência da Bebê-Clínica da Prefeitura Municipal de Cambé-Pr, o qual teve seu

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

início em julho de 1988, sendo pioneiro no país, quanto ao atendimento odontológico de crianças, desde o nascimento em termos de saúde pública em nível municipal. Foi estruturada como uma extensão do programa desenvolvido pela Universidade Estadual de Londrina/UEL – e coordenado pelo professor Luiz Reinaldo de Figueiredo Walter. A clientela potencial do programa estava composto por cerca de 5.000 crianças entre 0 e 3 anos de idade, residentes no município. Podem ingressar no programa todas as crianças de 0 a 30 meses, sem qualquer distinção, desde que haja o interesse dos pais ou responsáveis. Caso a criança tenha idade superior a 30 meses, deve ser inscrita em outra linha de atendimento, igualmente promovida pela prefeitura: Programa Incremental Comunitário – PIC. O acesso pode ocorrer através de cinco portas de entrada:

a) pelo Programa "Nascer em Cambé, Direito á Vida", pelo qual uma auxiliar de enfermagem passa diariamente nos hospitais locais orientando as puérperas sobre cuidados com o bebê em relação a higiene, alimentação, etc. Nesta visita já pode ser agendada a primeira visita a Bebê-Clínica;

b) as atividades regulares de vacinação, principalmente BCG, tríplice, anti-hepatite-B, quando a auxiliar de enfermagem verifica se a criança já está inscrita ou se seus pais desejam que ela passe a receber cuidados odontológicos;

c) o programa de puericultura;

d) nas consultas e contatos com médicos pediatras e ginecologistas;

e) no atendimento odontológico, destinado a outras faixas etárias, quando é feita a divulgação e é dada orientação de como inscrever-se.

A Bebê-Clínica de Cambé tem objetivo e dinâmica de trabalho bem definidos no propósito de promover e manter a saúde bucal da população, com conteúdos educativos e ações preventivas. No quadro 4, segue-se o critério de risco utilizado:

Quadro 4: Critério de risco à cárie utilizados pelo Bebê-Clínica de Cambé/Pr.

	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
CRITÉRIO	1-limpa/escova os dentes 2-não mama a noite 3-baixo consumo carboidratos 4-pequena possibilidade de contaminação 5-boa saúde geral	1-não limpa/escova dentes 2-não dorme mamando ou mama para dormir 3-baixo consumo de carboidrato 4-fator determinante não faz higiene bucal 5- coadjuvantes alto consumo de carboh. e saúde alterada 6-saúde alterada	1-não limpa/escova dentes 2-dorme mamando ou mama durante a noite 3-alto consumo carboh. 4-fator determinante toda a alimentação noturna 5-coadjuvantes grande consumo carboh. e alta possibilidade de contaminação 6-saúde alterada
REVERSÃO FÍSICA	1- não necessita	1-fazer limpeza/escovação 2-eliminar/controlar consumo de carboh. 3-eliminar/controlar	1-fazer limpeza/escovação 2- eliminar/controlar consumo de carboh. 3-orientar

		possibilidade de contaminação	intensamente retirada de alimentação noturna.
AUMENTO DA RESISTÊNCIA	1-limpeza 2-aplicação de NaF 0,2% nos exames de rotina	1-aplicação de fluoretos NaF 0,2% e NaF 0,02% ; cariostático	1-aplicação de: a)fluoretos NaF 0,2% e a 0,02% e b)Cariostático.
TRATAMENTO DE CHOQUE	1-não necessita	1-educação intensiva 2-limpeza/controle da placa 3 ou 4 aplicações de fluoreto diamina de prata a 30%	1-educação intensiva 2-limpeza/controle da placa 3 ou 4 aplicações de fluoreto diamina de prata a 30%
TRATAMENTO DE MAN. NA CLÍNICA	1-limpeza e evidenc. Placa 2-aplicação de NaF0,2% 3-controle tri/semestral	1-observar remoção fat. Risco 2-aplicação de NaF a 0,2% 3-aplicação de cariostático em dentes recém erupcionados 4-controle trimestral 5-repetir choque se necessário 6-reforçar medida educativas	1-observar remoção fat. risco 2-aplicação de NaF a 0,2% 3-aplicação de cariostático em dentes recém erupcionados 4-controle trimestral 5-repetir choque se necessário 6-reforçar medida educativas
TRATAMENTO MANUTENÇÃO CASEIRO	1limpeza/escovação diária após última mamada ou alim. Noturna 2-aplicação de NaF 0,2% diário c/cotonete após a última limpeza.	1-limpeza/escovação diária princip. Após última mamada ou alim. Noturna 2- aplicação NaF 0,02% diário c/cotonete após a última limpeza 3-controle dos fatores	1-limpeza/escovação diária princip. Após última mamada ou alim. Noturna 2- aplicação NaF 0,02% diário c/cotonete após a última limpeza 3-controle dos fatores

		de risco	de risco

Conforme dados obtidos em 1989, para o grupo de 0 a 3 anos, a distribuição das crianças, pelo risco de cárie, foi a seguinte:

a)em 53 inscritos na faixa de 0 a 6 meses de idade, 7,5% eram de baixo risco, 41,5% médio e 51% alto risco;

b) em 198 inscritos na faixa de + de 6 a 18 meses de idade, 5,5% eram de baixo risco, 39,5% médio e 55% alto risco;

c) em 181 inscritos na faixa de + de 18 a 36 meses de idade, 8% eram de baixo risco, 43% médio e 46% alto risco.

O sistema Bebê-Clínica está efetivamente implantado em todas as oito Unidades de Saúde do município, dando cobertura aos bairros da cidade, pois o modelo de atenção à saúde de Cambé é regionalizado. Quando este trabalho foi publicado, o novo levantamento de ceo-d e CPO-D estava sendo concluido. No quadro 5, exposto abaixo, temos o índice ceo-d em crianças de 3 a 5 anos do município, em 1984 e 1991.

Quadro 5: Índice ceo-d em crianças de 3 a 5 anos no município de Cambé em 1984 e 1991

IDADE	1984		1991	
	n° de cça exam.	ceo-d médio	n° de cças exam	ceo-d médio
3	20	6,10	37	4,43
4	16	5,44	37	3,59
5	23	6,78	36	5,05
TOTAL	59	6,15	110	4,35

Através destes dados simples, pode-se verificar que houve uma redução no índice ceo-d, o que significa que o sistema pretende ser um instrumento a mais na luta no campo da saúde pública, com resultados que podem ser eficazes no médio prazo, caso seja bem conduzido e de maneira continuada. No momento em que o sistema de saúde de todo o país elege a descentralização como regra, a implementação em nível municipal da Bebê-Clínica afigura-se como factível, de acordo com a experiência de Cambé.

Em conversa informal com uma das coordenadoras do atendimento odontopediátrico do município de Maringá/Pr, ela explicou-me como funciona o sistema de atendimento no município. Existe, no mesmo, 03 centros de referência em odontopediatria, onde as crianças são atendidas desde o nascimento e há uma classificação que segue o seguinte critério:

a) Vermelho: alto risco, crianças que necessitam de tratamento propriamente dito, controle com o profissional, mantido em observação bimensal, feito palestras com os responsáveis com orientação supervisionada pelo pessoal auxiliar;

b) Amarelo: médio risco, crianças que já concluíram o tratamento e conseguiram modificar o seu potencial de risco, observação trimestral pelas THDs, com aplicação tópica de flúor e aconselhamento aos responsáveis;

c) Verde: baixo risco, crianças que não necessitam de intervenção e passam por controle pelas THDs semestralmente com profilaxia.

A UNESA (Universidade Estácio de Sá – RJ) possui uma clínica materno infantil, que visa o atendimento precoce a criança, com o intuito de prevenir a instalação da cárie, através da orientação aos responsáveis. Após 14 (quatorze) meses de atendimento, foi avaliado o perfil destes bebês atendidos nesta clínica. A idade média das crianças foi de 19,2 meses (+ ou - 9,6 meses), e a maioria dos atendimentos foi em busca de orientação (n=38). Nenhum tipo de higiene bucal era realizada em 17 crianças, 45 ainda mamavam na mamadeira, dos quais apenas 4 interromperam o aleitamento artificial. A análise dos resultados demonstrou que faltam informações sobre o período de aleitamento materno, necessidade de realizar a higiene bucal após as mamadas e como fazê-la, além de orientação sobre a alimentação noturna e introdução precoce do açúcar. Concluiu-se que o atendimento na Clínica Materno Infantil deve ser iniciado em idades mais precoces, sendo estes dados fundamentais para a reformulação dos critérios de inclusão dos bebês nesta clínica, como por exemplo, a ausência de molares decíduos (AZEVEDO E ALTO, 2001).

Em Salvador-BA, foi criado um programa de saúde oral com 69 crianças, entre 4 e 6 anos de idade, no Centro Comunitário São Miguel, situado no

subúrbio ferroviário da cidade. Inicialmente, foi feito um exame epidemiológico encontrando-se ceo-d de 3,36; 3,28; 3,83 para crianças de 4, 5 e 6 anos de idade, respectivamente. Atividades educativas sobre a saúde bucal, higiene e dieta foram desenvolvidas. Também foi instituída a escovação diária com dentifrício fluoretado, após a merenda escolar, além do uso quinzenal do flúor fosfato acidulado a 1,23%. Após 1 ano, novo exame epidemiológico foi feito para verificar sua eficácia, encontrando-se ceo-d de 3,93; 4,65 e 4,13 para as idade de 4, 5, e 6 anos, respectivamente(test – $p<0,05$). Foi observado, nas crianças de 5 e 6 anos, com dentição mista, CPO – D de 0,09 e 0,08, respectivamente. Com isso, conclui-se que, nas idades de 4 e de 6 anos, houve controle na incidência de cárie, na dentição decídua e mista. Contudo, nas crianças de 5 anos de idade, houve um incremento de cárie, na dentição decídua. Os resultados do CPO-D demonstram uma forte indicação de controle positivo da cárie dental, na dentição permanente (ROCHA et all, 2001).

COSTA et al (2001) realizaram um trabalho objetivando a análise comparativa longitudinal da incidência de cárie e avaliar o grau de sucesso, na redução da atividade cariogênica, conseguido com a assistência odontológica em 50 crianças de 2 a 6 anos, que fazem um acompanhamento contínuo durante um período de 2 anos na Clínica Odontológica e na Clínica de Odontologia para Bebê, no Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, no município do Rio de Janeiro. Foi feita a coleta de índices ceo-d (incluindo mancha branca) realizados nos anos de 1999 e 2001, obtidos a partir dos odontogramas encontrados nas fichas clínicas odontológicas das crianças, sendo que os dados coletados foram dispostos em uma

planilha elaborada para o estudo. Foi observado que o percentual de dentes cariados, após dois anos, reduziu de 18,5% para 9,2%; o de dentes restaurados teve um aumento significativo (cerca de 2% para 15%) e, no de dentes hígidos, não houve grande alteração (aproximadamente 4%). Após a análise estatística, conclui-se que o tratamento dentário, na primeira infância, foi bem-sucedido no controle da atividade de cárie durante os dois anos de acompanhamento da amostra estudada.

A FOUSP propõe o atendimento de bebês, já no curso de graduação. Os alunos, no último ano do curso, em sessões de clínica específicas, atuando em duplas, realizam atendimento em crianças menores de 3 anos, educando as mães e executando os procedimentos preventivos básicos. Este inclui a orientação de higiene e dieta, acompanhamento da oclusão e remoção ou reorientação sobre hábitos nocivos, tratamento de dentes traumatizados e uso do Flúor, quando necessário. A experiência de atender crianças de pouca idade, durante o curso de graduação, tem auxiliado na formação de um profissional com visão integral do paciente infantil, que poderá exercer a promoção de saúde de uma forma mais qualificada (RODRIGUES e WANDERLEY, 2001).

No Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais(CEPAE) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, desenvolve-se um trabalho preventivo de cárie, doença gengival e maloclusão em crianças na faixa etária entre 0 e 60 meses. Este trabalho tem como base à orientação dos pais sobre o controle da ingestão de sacarose, remoção de hábitos nocivos à formação da arcada dentária (uso de chupeta e mamadeira) e a instalação

de hábitos de higiene bucal. Para tanto, antes da inclusão do bebê no programa, os pais assistem a uma palestra sobre o assunto e, uma semana depois, os bebês iniciam o tratamento. Os bebês são assistidos pela equipe do Cepae, em intervalos máximos de 2 meses. Durante essas consultas, são realizados exame clínico, evidenciação de placa bacteriana, escovação dos dentes, feita pelos pais sob a supervisão do dentista, e orientação sobre dieta e hábitos nocivos. Com essa atuação, o Cepae pretende motivar pais a promover a saúde bucal do bebê, mantendo-os livres de cáries. No programa do Cepae, a higiene bucal dos bebês é avaliada em categorias de índice de placa (IP), designados como "alto", "médio" e "baixo". As características do atendimento odontológico de bebês dificultam uma avaliação mais objetiva da higiene bucal. Assim, optou-se por uma classificação do tipo indicado a seguir e, para tanto, utilizaram-se as seguintes definições:

- IP alto – presença de placa bacteriana em mais de 2/3 da superfície dental;
- IP médio – presença de placa bacteriana em menos de 2/3 da superfície dental;
- IP baixo – presença de placa bacteriana em menos de 1/3 da superfície dental.

Em um recente trabalho publicado, verificou-se que a taxa de adesão dos pais a este programa, quanto aos hábitos de dieta, foi considerada razoável, mostrando a possibilidade de mudanças de comportamento de mães em relação à dieta de seus filhos. A orientação para a remoção total de substâncias cariogênicas das mamadeiras parece não ser a conduta ideal e sim sugestão de produtos alternativos mais saudáveis associados ao controle da freqüência e dos horários de ingestão destes.(MORAES, 2000).

PAIVA et al, em 2001, realizaram um trabalho com o objetivo de avaliar o programa de Odontologia para bebês, em funcionamento há cinco anos na cidade de Natal. A pesquisa foi baseada em duas análises, uma quantitativa, onde verificou-se a prevalência de cárie em 52 crianças acompanhadas pelo programa, e outra, qualitativa, onde, através de entrevistas às mães, pela técnica do grupo focal, procurou-se apreender o efeito do programa nas atitudes relacionadas aos cuidados em saúde bucal de seus filhos. Para a análise quantitativa da prevalência de cárie, foram aplicados os índices ceo-d, ceo-s e Knutson e os valores obtidos apresentados de forma descritiva e analítica. Os resultados apontaram que 4,2% das crianças de 24 a 35 meses apresentaram-se com a doença cárie, 18,1% das crianças de 36 a 48 e 16,7% daquelas de 49 a 60 meses. O ceo-s médio, encontrado nas faixas etárias de 24 a 35, 36 a 48, 49 a 60 meses, foi, respectivamente, 0,08; 0,40 e 1,16 acompanhando os dados do índice Knutson. A análise qualitativa revelou satisfação das mães relacionado acesso, relação profissional-paciente e possibilidade de manutenção de saúde bucal de seus filhos. As crianças, acompanhadas pelo programa, apresentaram uma baixa prevalência de cárie, bem como, o serviço mostrou-se resolutivo e eficaz sob a ótica das mães.

A influência do atendimento odontológico precoce sobre a prevalência da cárie dentária foi analisada por MELHADO et al, no Departamento de Odontologia Infantil e Social da UNESP, em 2001. Foram compostos dois grupos com 160 crianças, cada um na faixa etária de 35 a 40 meses de idade, sendo que, em um deles, as crianças participaram do programa de atendimento odontológico desde o primeiro ano de vida até a data desta avaliação, enquanto, no outro, as

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

crianças não haviam recebido nenhum atendimento odontológico. As condições clínicas consideradas para avalição foram: dente hígido, cárie em esmalte sem cavitação, cárie em esmalte com cavitação e cárie em dentina. Para a análise estatística, foram utilizados o teste de proporções e o teste Qui-quadrado, em nível de significância de 5%. Houve diferença estatisticamente significativa, quanto à presença da cárie dentária entre os dois grupos, especialmente, quanto ao número de crianças apresentando cárie em esmalte com cavitação. O número de crianças apresentando cárie em esmalte sem cavitação e cárie em dentina foi semelhante nos dois grupos. Considerando o aspecto de prevenção de cáries dentárias, concluiu-se que crianças que receberam o atendimento odontológico precoce apresentaram melhores condições bucais, na faixa de idade entre 3 e 4 anos

A atenção odontológica deve começar em idade mais tenra, onde os fatores determinantes das doenças começam a se instalar, ou seja, em bebês de 0 a 12 meses. Pensando desta forma, foi realizado um Projeto de Atendimento Odontológico para Bebês da cidade de Goiânia, que busca, através de reversão dos fatores de risco, prevenir a cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses. Este projeto teve início em 1991, o qual já havia sido atendidos cerca de 1000 bebês. Os procedimentos clínicos se baseiam em: evidenciação de placa bacteriana, higiene bucal, profilaxia e aplicação tópica de flúor.

Vamos listar aqui os procedimentos clínicos e caseiros de acordo com o risco de cárie utilizado pelo projeto.(Quadro: 6)

Quadro 6: Procedimentos clínicos de acordo com o risco de cárie realizados pelo município de Goiana/GO.

Risco de Cárie	Procedimentos Clínicos	Procedimentos Caseiros
Baixo Risco	Palestras Educativas (3 sessões); Entrevista e anamnese; Exame Clínico e plano de tratamento; Tratamento de choque (3 sessões – com intervalos semanais) Evidenciação de placa, profilaxia e fluorterapia tópica; Retorno – 60 dias	Controle de Dieta Higiene Bucal; Fluorterapia tópica/sistêmica.
Médio Risco	Palestra Educativa (3 sessões) Entrevista e anamnese; Exame clínico e plano de tratamento; Tratamento de choque (4 sessões-com intervalos semanais); Retorno – 45 dias	Controle de dieta; Higiene Bucal; Fluorterapia tópica/sistêmica.
Alto Risco	Palestras Educativas (3 sessões) Entrevista e anamnese;	Controle de Dieta; Higiene Bucal; Fluorterapia

	Exame clínico e plano de tratamento; Tratamento de choque (6 sessões – com intervalos semanais); Retorno – 30 dias.	tópica/sistêmica.

Fonte: Clínica de Atendimento Odontológico para Bebês – SUS – GO.

Após 4 anos do início do projeto, chegou-se às seguintes conclusões:

1 – A idade de ingresso, no projeto, foi oportuna para o início da atenção odontológica.

2- O projeto se mostrou efetivo, no que diz respeito ao índice de prevenção e cariostase.

3- A metodologia proposta se mostrou eficaz, na prevenção da cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses.

4- O tempo de permanência da criança, no projeto, é de suma importância para se atingir a reversão do risco de cárie desejado.

5- A transferência de conhecimento do cirurgião-dentista, através das ações educativas, foi importante na redução dos fatores determinantes do risco de cárie (DI REIS E MOREIRA, 1995).

A eficácia do acompanhamento precoce foi comprovada por um estudo comparativo da prevalência de cárie, em crianças que receberam ou não atenção odontológica na primeira infância (MIASSATO, 2000). O objetivo desta pesquisa

foi comparar a prevalência de cárie, em um grupo de crianças, que receberam atenção odontológica na primeira infância (G1), com outro grupo de crianças que não receberam atenção odontológica na primeira infância (G2). O G1 era composto por crianças que iniciaram o programa da Bebê-Clínica da UNIGRANRIO, com até 12 meses de idade, e o G2 por crianças que iniciaram o programa com idade superior a 12 meses. No início do programa, a média de idade do G1 era de 7,4 meses. Na época da coleta de dados, ambos os grupos estavam com idade entre 15 e 34 meses, sendo que o G1 estava com uma média de idade de 23,3 meses e o G2 com 24,2 meses. A prevalência de cárie (cavitada e não cavitada), no G1, foi de 10%, enquanto, no G2, foi de 58% (cavitada e não cavitada). Esta proporção apresentou diferença estatisticamente significante (p=0,0001). A educação formal dos pais não apresentou relação com a prevalência de cárie no G1. A presença de biofilme visível na superfície vestibular dos incisivos apresentou correlação com a presença de lesões de cárie no G1 (p=0,0001). Pode-se concluir que as crianças do G1(grupo experimental) apresentaram uma menor prevalência de cárie do que as do G2.

Em 2001, BARROSO et al, elaboraram um trabalho sobre as causas de abandono a programas de promoção de saúde bucal. Um programa de promoção de saúde bucal para bebê traz grandes benefícios à cavidade bucal da criança e, mesmo assim, 289 pais ou responsáveis abandonaram o programa. Foi considerado como desistência aqueles que não retornaram às consultas por um período mínimo de 12 meses. O propósito deste estudo foi de investigar as causas das desistências ao programa e suas conseqüências na manutenção da saúde bucal dos infantes.

Cento e três famílias participaram, como universo, dessa investigação e, diante dos resultados encontrados, pôde-se concluir que:

1- grande parte dos abandonos ao programa deveu-se a motivos inconsistentes ou temporários;

2- 88,3% (n=91) dos familiares sequer tentaram retornar às consultas;

3- 70% (n=72) dos pais valorizavam a ida dos bebês ao dentista, para prevenir doenças bucais;

4- após o reingresso ao programa, 78,6% (n=81) das crianças apresentaram ceos=0 (zero).

RAUPP et al, em 2001, realizaram um trabalho com o objetivo de avaliar o perfil dos pacientes da Clínica de Bebês da ULBRA – Canoas, quanto a idade do primeiro atendimento, o motivo de consulta e experiência de cárie. A amostra constituiu-se dos pacientes atendidos no período de agosto de 1994 a dezembro de 2000. Os dados desta pesquisa foram obtidos a partir da avaliação da ficha clínica dos referidos pacientes. O número total de crianças foi de 495, sendo 61 com idade de 0 a 1 ano, 168 com idade > 1 até 2 anos e 266 com idade > 2 até 3 anos. Quanto ao motivo de consulta, obtiveram-se os dados de 397 crianças, onde 178 (44,84%) buscaram o serviço por cárie, 121 (30,48%) por orientação/prevenção, 61(15,36%) por trauma e 37 (9,32%) por afecções/anomalias. No primeiro ano de vida, a busca de orientação/prevenção foi o motivo mais prevalente (72,55%), enquanto que, no segundo e terceiro ano, o motivo cárie predominou (33,53% e 62,32%,

respectivamente). Do total de 495 crianças da amostra, 301 (60,8%) apresentavam experiência de cárie, com uma prevalência de 6,56% no grupo de 0 até 1 ano, 52,38% em crianças com idade > 1 até 2 anos e de 78,57% no grupo com idade > 2 até 3 anos. Este estudo permite concluir que a procura do serviço foi maior nas crianças com idade superior a 2 anos, a cárie foi o motivo de consulta mais relatado e a experiência de cárie foi mais prevalente no grupo com idade > 2 até 3 anos, com seu maior incremento do primeiro para o segundo ano de vida.

2.4- AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Em um trabalho realizado por GARCIA et al,2001; verificou-se a existência de programas de prevenção relacionados à área de Odontopediatria em Faculdades de Odontologia do território nacional. Foram encaminhados questionários à disciplina de Odontopediatria de 40 instituições, constando questões relacionadas à programas de prevenção: sua existência, os procedimentos realizados, a sistemática de manutenção preventiva, realização de palestras, bem como, assistência odontológica a bebês. Das 40 instituições consultadas, 27 responderam ao questionário (67,5%). Todas relataram que existe um programa de prevenção executado pelos alunos da graduação, sendo que, em 13 faculdades, este programa é desenvolvido em uma clínica específica. Os procedimentos realizados, com maior freqüência, foram a aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa, profilaxia e escovação supervisionada. Após a conclusão do tratamento restaurador, o paciente é dispensado, em 8 faculdades (29,63%), e encaminhado

para manutenção preventiva, em 19 (70,37%). Em 15 faculdades, palestras de orientação são realizadas e direcionadas aos pais e pacientes (80%): aos pacientes (13,33%) e aos pais (6,67%). Das 27 faculdades, 15 apresentaram um programa de assistência odontológica para bebês(55,6%). Concluiu-se que existia conscientização quanto a realização de programas de prevenção, entretanto, havia a necessidade de uma melhor estruturação dos mesmos.

No trabalho realizado por PINTO et al em 2002, foi avaliada a situação da Odontologia para Bebês nas instituições de ensino superior do Brasil, com relação ao atendimento odontológico, e sua integração no ensino e pesquisa. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário contendo perguntas sobre a existência de programa odontológico para bebês, nos cursos de Odontologia, suas características, sua integração no ensino de graduação e pós-graduação e as linhas de pesquisa desenvolvidas. Do total de 117 questionários enviados, houve retorno de 58 (49,57%), onde constatou-se a presença de Clínica de Bebês nas instituições de 15 estados, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. Das 58 faculdades avaliadas, 39 (67,2%) possuiam programa direcionado ao atendimento para bebês, sendo 22 (38,6%) com instalações próprias. As atividades educativo-preventivas eram desenvolvidas em 100% destas instituições. Na graduação, o ensino de Odontologia específica para o atendimento aos Bebês era realizado em 46 (79,3%) faculdades, com maior freqüência no conteúdo programático da Disciplina de Odontopediatria, e em 33 (56,9%) cursos de pós-graduação. Com relação à pesquisa, 33 (56,9%) das instituições desenvolvem trabalhos, sendo cárie dentária e comportamento infantil os temas mais abordados. Concluiu-se que

existe uma crescente integração da filosofia e prática da Odontologia para Bebês no ensino e pesquisa das universidades brasileiras.

2.5-TRABALHO COM GESTANTES

Muitos trabalhos têm mostrado que o controle e prevenção das doenças bucais só vai ser realmente efetivo se contar com a colaboração dos responsáveis, desde a época em que o bebê está ainda intra-uterino.

No estudo realizado por OLIVEIRA et al, em 2002, objetivou-se identificar as imagens positivas e negativas que gestantes (Grupo 1), médicos (Grupo 2) e dentistas (Grupo 3) tinham a respeito dos cuidados odontológicos no pré-natal. Os dados foram coletados entre 90 sujeitos, pela técnica de grupo focal. Solicitou-se aos entrevistados que citassem imagens que associavam ao tratamento odontológico durante a gravidez. Essas citações foram analisadas pelo teste de proporções, que mensurou percentual e proporcionalmente as duas categorias de imagens. Quando analisados conjuntamente, os três grupos geraram mais categorias negativas (58,5%) do que positivas (41,5%). Entretanto, o teste de proporções mostrou que, embora tenham aparecido mais categorias negativas, em termos de número de evocações, ocorreram 141 positivas e 109 negativas; revelando que o grande grupo julga importante atender à gestante. Concluiu-se, fundamentados no teste de proporções e de um valor de p significativo, sendo que o pré-natal é o momento ideal para se orientar as gestantes e de atualizar os profissionais que a assistem, de maneira que o conhecimento seja compartilhado e

que o senso comum possa proporcionar à essa paciente a atenção odontológica que ela precisa e merece, tanto pela importância que ela tem, como agente multiplicador no seu núcleo familiar, quanto por ser um momento propício à formação de novas atitudes e criação de um ambiente familiar voltado à promoção da saúde.

Num trabalho realizado por COSTA et al, 1998, a gestante foi considerada como agente multiplicador de saúde. Esta pesquisa objetivou detectar, através de entrevistas diretas com um grupo de gestantes cadastradas pela Secretaria de Saúde do município de Araçatuba-SP, a percepção que elas tinham a respeito da saúde bucal. Das 60 gestantes entrevistadas, 71,66% diziam entender o processo de formação da cárie. Sobre o flúor, 86% responderam saber que servia para prevenir a cárie e, destas, apenas 3,33% sabiam que podem encontrá-lo na água de beber, embora esta fosse fluretada há 25 anos na cidade que residiam. Além das informações referidas, seus conhecimentos acerca do primeiro molar permanente, da dieta, do principal horário da escovação, da amamentação, entre outros, foram também pesquisados, com resultados aquém dos esperados. Considerando-se que a mãe tem papel-chave na família, especialmente se a questão é saúde, e que a gestação é um período ímpar na vida da mulher, no qual ela se encontra receptiva à incorporação de novas atitudes e comportamentos, conclui-se ser extremamente importante o seu envolvimento em programas, que venham interferir na quebra da cadeia de transmissibilidade da cárie a partir de medidas preventivo-educativas, de maneira que a mãe/gestante possa atuar como agente multiplicador de informações, que visem à promoção da sua saúde e de toda a sua família.

MENOLLI e FROSSARD (1997) realizaram um trabalho analisando o perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina, com relação à saúde oral da gestante. Essa pesquisa procurou estabelecer o perfil dos profissionais, a fim de se obter subsídios para traçar um plano de atuação integrada baseada no conceito de promoção da saúde e no contexto de saúde geral. Procurou-se definir alguns dados pessoais e formação profissional e identificar procedimentos de rotina de interesse odontológico aplicado às gestantes (exame oral, encaminhamento ao cirurgião dentista, medidas utilizadas para prevenção da cárie e doença periodontal), e, ainda, conhecimentos acerca de questões odontológicas sobre etiologia da doença periodontal, dieta e suplementação de flúor. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas, através de questionários. Constatou-se que 90% dos médicos entrevistados relataram avaliar a cavidade oral de suas pacientes gestantes, porém somente a metade adota esse procedimento como rotina; a prescrição de flúor sistêmico era uma prática comum e o veículo mais indicado eram os polivitamínicos; a maioria dos médicos afirma não ter recebido qualquer tipo de orientação sobre saúde oral em sua graduação ou pós-graduação.

2.6 – TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Nos últimos anos, intensificou-se a discussão sobre o trabalho transdisciplinar nos programas de promoção da saúde. O objetivo do trabalho, realizado por MENESES et al (2001), foi verificar como o médico pediatra está

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

inserido no contexto atual da promoção da saúde bucal dos bebês, buscando avaliar as fontes de informação sobre saúde bucal infantil dos pediatras durante sua formação profissional. Os participantes foram sorteados a partir da listagem dos sócios da Sociedade Mineira de Pediatria e residentes em Belo Horizonte-MG. Aplicou-se um questionário pré-testado, entregue e recolhidos pelo pesquisador, com 26 questões abertas e fechadas, em 181 médicos pediatras. A maioria dos médicos relatou que, durante sua formação profissional, nos cursos de graduação em Medicina (77,3%), residência médica (75,5%) e educação continuada (59,1%), os conteúdos de saúde bucal foram deficientes ou ausentes, e 70% dos profissionais consideraram seus conhecimentos sobre saúde bucal insuficientes frente às necessidades do seu dia-a-dia. Dentre as fontes de informações sugeridas pelos pediatras para informar a si próprios, eles destacaram os artigos científicos (71,8%), congressos e jornadas (62,4%), conferências e reuniões clínicas (65,2%), contato direto com odontopediatras (51,4%) e livros de medicina (49,2%). Os pediatras mostraram-se abertos a uma abordagem multidisciplinar na promoção da saúde na primeira infância. Para isso, o tema saúde bucal deveria ser incluído e revisto nas diversas etapas da formação profissional do médico pediatra.

3-DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este trabalho relatou algumas experiências de Clínicas de Bebês e Gestantes, sendo o objetivo trazer a tona a qualidade e como estes são realizados. Lembramos que todos os profissionais da odontologia deveriam sair da graduação

já capacitados para a prestação deste tipo de atendimento, mas, após a revisão da literatura, verificamos que a maior dificuldade da obtenção do sucesso destes programas é a conscientização dos pais e responsáveis para o controle e a manutenção da saúde bucal de seus filhos.

Muito se tem trabalhado com gestante, já que é uma época em que a mulher está mais sensível para aprender a lidar com o bebê, sendo que atualmente já se torna realidade cursos de gestante, onde o odontólogo faz parte do pré natal da gestante. Somente assim, com intercâmbio de informações por parte de profissionais, é que iremos conseguir um sucesso maior para a saúde do bebê e futuramente da criança.

Outro problema observado é a capacitação dos nossos profissionais que, na maioria das vezes, saem da graduação sem a mínima noção de educação em saúde, seja ela geral ou bucal.

Verifica-se que, atualmente, o projeto Bebê-Clínica já é realidade em muitas instituições de ensino do país e, principalmente, na rede pública de serviço.

Na Constituição Federal de 1988, no Título VII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde no Art. 196; consta que " A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

No Art. 198, cita que " As ações e serviços públicos e saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade."

Sendo assim, as Bebê – Clínicas são excludentes e acabam não se adequando à realidade do Sistema Único de Saúde e à própria Constituição Federal, pois não conseguem ser e ter um amplo acesso da comunidade.

Não se pode negar o grande benefício que este projeto, nascido no Paraná, trouxe para a promoção de saúde bucal da população em geral. Mas, em termos gerais, há necessidades de modificações na abordagem e torná-la mais multidisciplinar e multiprofissional. Ainda de acordo com RONCALLI (2000), a instalação de clínicas de bebês em vários municípios brasileiros vem ocorrendo de forma acrítica e desvinculada de ações de saúde bucal mais globais. A relativa facilidade de implementação, os baixos custos relacionados aos procedimentos mais realizados e a repercussão com os resultados positivos obtidos incutem a possibilidade de exclusão de outras faixas etárias nos programas públicos e a descontinuidade da atenção, no momento em que o indivíduo deixa de fazer parte da faixa etária atendida pelas Bebês – Clínicas.

De modo geral, não concordamos que seja necessário clínicas específicas para bebês e sim centros de referência para o atendimento pediátrico como um todo, só assim poderemos ter uma maior valorização da saúde bucal por parte dos responsáveis pelas crianças. Ainda pelo ponto de vista do Sistema Único de Saúde, esta política de criação de Bebês-Clínicas é excludente, pois só as crianças inseridas nos programas são beneficiadas, deixando uma grande margem de fora, sendo que, se atuasse em nível de Educação em Saúde, poderia-se atingir um espectro muito maior e de melhor qualidade, pois colocaria-se como prioridade a saúde bucal de toda a população.

A saúde bucal só vai ser valorizada e priorizada a partir do momento em que todos os profissionais da área da saúde se unirem e se sentirem conscientes da extrema importância da cavidade oral; quando conseguirmos mudar o perfil de formação dos nossos graduandos, a fim de que estes sejam melhor preparados com uma filosofia enfocada para a Educação em Saúde e princípios de Saúde Coletiva, fato este que, muitas vezes, fica em segundo plano nos currículos das instituições de ensino.

O Cirurgião-Dentista não deve ficar restrito a realização de trabalhos que necessitem de pouca especificidade, sendo que, o seu dever é atuar em ações coletivas para modificar a consciência da população e dos profissionais da saúde sobre a verdadeira importância de uma saúde bucal em perfeitas condições, já que inúmeras doenças começam pela boca e vão se agravando com o passar do tempo.

Os princípios básicos do atendimento precoce, em Odontologia, deve fazer parte integrante do currículo desenvolvido pelos graduandos, e não se restringir a cursos extra-curriculares, haja visto a baixa tecnologia utilizada, procedimentos de fácil execução e possibilidade de delegação de algumas funções ao pessoal auxiliar.

Conclui-se que :

1) Deve ser revista a filosofia adotada, nas Clínicas de Bebês, devendo esta ter como parâmetros as diretrizes do SUS.

2) Todos os profissionais da área de saúde deveriam ser conscientizados da importância da saúde bucal enaltecendo a Promoção da Saúde.

3) Os cursos de graduação deveriam incluir disciplinas específicas relacionadas ao atendimento precoce em odontologia.

4) Os resultados obtidos com a filosofia adotada nas Clínicas de Bebês não estão amplamente divulgados, o que dificulta a sua credibilidade, sendo aconselhado um número maior de publicações para se analisar mais profundamente a eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, T.D.B; MONTADOR, E.M. Cárie de mamadeira: prevenção e tratamento. Rev. Baiana de enfermagem; v.12,n.1,p. 80-90, abr. 1999.

ARAUJO, A.C.; RIGI, C.; GRADELA, K. Bebê Clínica chega à adolescência. Disponível em: http:// www.uel.br/projeto/trialogos/kids/kids10.htm, acesso em: 28/01/2003.

ARAUJO, F. B.; FIGUEIREDO, M. C. Promoção de saúde em odontopediatria. IN: ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 283-348.

AZEVEDO, D; ALTO, L.A.M. Avaliação do perfil dos bebês atendidos na Clínica Materno Infantil do curso de especialização da UNESA. In: Livro Anual do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria,10.,2001, Belo Horizonte. Resumos... Belo Horizonte: Ed. FUMARE, 2001. p. 54

BARROS,S.G. et al. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. Pesqui. Odontol. Bras; vol.15, n.3, p. 215-222, jul./set. 2001.

BARROSO,S. et al. Causas de abandonos a programa de promoção de saúde bucal. . Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v.15, suplemento. 2001.Resumo.

BEZERRA, A.C.B. Estudo clínico-epidemiológico da prevalência de cárie em crianças pré-escolares de 12 a 48 meses de idade. São Paulo, 1990. 121p. Tese(Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

BÖNECKER, M.J.S; GUEDES-PINTO, A.C.; WALTER, L.R.F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. Rev. APCD, São Paulo, v. 51, n 6, nov/dez. 1997.

CHAVES,M.M. Odontologia Social. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas,1986. p 448.

CORRÊA, M.S.N.P. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 1998. 679p.

COSTA, I.C.C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. RPG Rev. Pos Grad, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./jun. 1998.

COSTA, K.T.; SERRÃO, C.B.; COUTRINHO,T.C. Estudo longitudinal da incidência de cárie em crianças de 2 a 6 anos. Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 15, suplemento, 2001. Resumo.

DI REIS, I.T.; MOREIRA, S.C. Risco de cárie em bebês. ROBRAC, Goiana, v. 5, n. 14; 1995.

FLÓRIO, F. M.; PEREIRA, A. C. Alicerce para a promoção de saúde bucal: o início precoce. IN: Odontologia em saúde coletiva – Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 413 - 437.

GARBELINI, M.L.; PINTO,V.G. Bebê-Clínica: Prevenção em saúde bucal a partir do nascimento.RGO, Porto Alegre, v.44, n. 2, p. 114-118, mar./abr. 1996.

GARCIA, L.D. et al. Como é tratada a prevenção em Odontopediatria no Brasil? . Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 15, Suplemento, 2001. Resumo.

GAVA-SIMIONI, L.R.; RÊGO, D.M.; COMIOTO, M.S. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. Pesqui Odontol Bras, v. 16, Suplemento, 2002. Resumo.

GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. 5. ed. São Paulo: Santos, 1995.p.437-52.

KOCH, G. et al. Odontopediatria: Uma abordagem clínica. São Paulo. Santos, 1992. p 374

KRAMER, P.F; FELDENS, C. A; ROMANO; A.R. Promoção de saúde bucal em Odontopediatria – diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.p 5-9

LASCALA, N.T. Prevenção na clínica odontológica: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas. 1997. p 2-5.

MATHEWSON, R. et al. Fundamentals of dentistry for children. Chicago: Quintessence, 1982. p. 726.

MELHADO,F.L.et al. Influência do atendimento odontológico em bebês sobre a prevalência da cárie dentária. . Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 15, Suplemento, 2001. Resumo.

MELLO, M.M. Estudo da relação comportamental da criança com a erupção dentária.IN: Congresso Universitário Brasileiro de Odontologia. São Paulo, 05-09 set.1995, p.13

MENESES,M.T.; MARTINS, L.H.P.M.; PORDEUS, I.A. A inserção da Odontologia para Bebês na formação do médico pediatra. Pesqui Odontol Bras, São Paulo, vol. 15, Suplemento, 2001. Resumo.

MELO, M.M.; WALTER,L.R.F. Relação comportamental em bebês de 0 a 30 meses. Semina, Londrina, v. 18(ed. Esp.), p. 43-6,1997.

MENOLI, A.P.V.; FROSSARD, W.T.G. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. Semina, Londrina, v. 18(ed.esp), p.34-42, 1997.

MIASATO, J.M. Estudo comparativo da prevalência de cárie em crianças que receberam ou não atenção odontológica na primeira infância. Rio de Janeiro; s.n;

2000. 132p. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia.

MORAES, A.B.A.; POSSOBON, R.F.; ORTIZ, C.E. Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância. Pesqui Odontol Bras, São Paulo,v. 14 n. 3, jul/set. 2000.

NAKAMA, L. Educar prevenindo e prevenir educando: odontologia no primeiro ano de vida. Londrina, 1994, 59p. Dissertação(mestrado)Universidade Estadual de Londrina.

OLIVEIRA, A.L.S. et al. Importância dos cuidados odontológicos no pré-natal: uma visão conjunta da gestante, médico e dentista. Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 16, Suplemento, 2002. Resumo.

ORGANIZACION MUNCIAL DE AS SALUDE. Documentos básicos. 10. ed. Genebra, O.M.S. 1960.

PAIVA, S.V.A.; SILVA, E.M.; RÊGO, D.M. Programa de Odontologia para bebês: uma avaliação quantitativa e qualitativa. Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 15, Suplemento, 2001. Resumo.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde Instituto de saúde do Paraná. Disponível em: < http : //www.saude.pr.gov.br/Sesa_fazendo/saude_bucal/Clinica_bebe/clinicas_parana.htm.1 Acesso em: 18 ago. 2002.

PINTO,L.M.C.P et al. Odontologia para Bebês: integração no ensino e pesquisa nas universidades brasileiras. Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 16, Suplemento, 2002. Resumo.

PINTO, V.G. Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo.Santos, 2000. p 537.

RAMOS-VALENTE,A.G.L.; GIONGO,M.; RAMOS, M.A.L. Fatores de risco à cárie em bebês atendidos em uma unidade de saúde pública (RJ – Brasil). . Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 16, Suplemento, 2002. Resumo.

RONCALLI, A. G. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Araçatuba, SP: 2000, 238 p. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

RAUPP,S.M. et al. Perfil dos pacientes da Clínica de Bebês da ULBRA - Canoas. . Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 15, Suplemento, 2001. Resumo.

ROCHA, M.C.B.S. et al. Avaliação do programa de saúde bucal em pré-escolares, Salvador – BA. In: Livro anual do grupo brasileiro de professores de ortodontia e odontopediatria, 10., 2001, Belo Horizonte. Resumos... Belo Horizonte: Ed. FUMARE, 2001. p. 54

RODRIGUES, C.R.M.D; WANDERLEY, M.T. Atendimento de bebês na clínica de odontopediatria da graduação da FOUSP. In: Livro anual do grupo brasileiro de professores de ortodontia e odontopediatria, 10., 2001, Belo Horizonte. Resumos... Belo Horizonte: Ed. FUMARE, 2001.

SANT'ANA, G. R. Caderno de Odontopediatria. Cariologia – Diagnóstico, Controle e Tratamento. Santos, 2001. São Paulo.

SCARPELLI, B.B. et al. Núcleo de odontologia para Bebês e o ensino de graduação experiência da Universidade Estadual de Londrina. Pesqui Odontol Bras, São Paulo, v. 16, Suplemento, 2002. Resumo.

TOLEDO, O.A. Odontopediatria – Fundamentos para prática clínica. 2.ed. São Paulo. Premier, 1996. p.344.

THYSLSTRUP, A; FEJERSKOV, O. Cariologia Clínica. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995.

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

TOVERUD, G. et al. Survey of the literature of dental caries. Washington, D.C.; National Research Council, 1953[Publication 225] in: Walter, 1999.

WALTER, L.R.F. et al. Plano de atendimento odontológico no primeiro ano de vida. Londrina, 1987.(Relatório de Pesquisa, Projeto FINEP – Universidade Estadual de Londrina n 43.85.00.53.00).

WALTER, L.R.F. et al. Cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. Enciel Brás Odontol, v-5, n.1, p. 129-36, 1987.

WALTER, L.R. F; FERELLI, A.; ISSAO,M.(in memorian). Odontologia para o Bebê: Odontopediatria do Nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

ZOLI, A.F. A. WALTER, L.R.F; DEZAN, C. Análise do padrão de higiene, alimentação e uso de flúor em crianças de 0 a 48 meses. IN: Congresso Universitário Brasileiro de Odontologia. São Paulo, 05-09, set. 1995.Anais, 1995 p14.

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA