

**FACULDADE ADVENTISTA DE FISIOTERAPIA
SUSIE ANNE ALVES DOS SANTOS ROMA**

**SAÚDE PÚBLICA: OS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS
VOLTADOS PARA A PREVENÇÃO DE CÁRIES DENTÁRIAS EM
BEBÊS DE ZERO A DOIS ANOS DE IDADE**

CACHOEIRA - BA

2012

SUSIE ANNE ALVES DOS SANTOS ROMA

**SAÚDE PÚBLICA: OS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS
VOLTADOS PARA A PREVENÇÃO DE CÁRIES DENTÁRIAS EM
BEBÊS DE ZERO A DOIS ANOS DE IDADE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade Adventista de Fisioterapia – FAFIS, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora Específica: Prof^a Karla Souza Caggy Costa da Silva

**CACHOEIRA - BA
2012**

Roma, Susie Anne Alves dos Santos

Saúde Pública: Os programas governamentais voltados para a prevenção de cáries dentárias em bebês de zero a dois anos de idade.

Monografia: Especialista em Saúde Pública. Faculdade Adventista de Fisioterapia. Cachoeira, 2012.

Orientação de:

1. Cárie. 2. Higiene Bucal. 3. Prevenção.

A meu querido e muito amado marido fonte de inspiração do tecer e acontecer, que com a sua motivação me ajudou e apoiou.

Ao meu bebê, Lara, que me traz felicidades fazendo a vida ficar mais fácil, com mais sentido e me sensibilizou para este tema.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da minha vida e por todas as bênçãos recebidas na gratuidade do Seu amor infinito;

Aos meus pais e familiares pelos incentivos nas horas de desânimos, incertezas, compreensão, alegria e ajuda no aprimoramento do meu trilhar profissional;

Aos Professores e Coordenador do Curso de Especialização, pela contribuição no aperfeiçoamento do meu conhecimento;

Aos alunos e colegas que compartilharam comigo e me ajudaram no aperfeiçoamento das práticas de ensino;

Aos amigos e a todos que contribuíram direta ou Indiretamente para conclusão e execução deste trabalho monográfico.

*A infância deixa rastros em nossa memória,
como sulcos num rosto ou num campo
lavrado.*

William Wordsworth

RESUMO

Quando se trata da saúde bucal, a prevenção ainda é algo novo no Brasil e os programas governamentais para este fim começaram com a adição de flúor à água nas grandes cidades, mas não havia uma ação direta envolvendo odontólogos com atuação efetiva para prevenção de cáries na população. A Constituição Federal de 1988 tem como um dos direitos sociais dos cidadãos a saúde. Entretanto, era necessário fazer algo para passar das palavras à prática. É com essa filosofia que se instalou no país o Sistema Único de Saúde – SUS, na década de 1990. Em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família – PSF, porém não era prevista a participação de um odontólogo. Foi já num segundo momento de reestruturação do PSF, em 2001, que foram juntados às equipes do PSF um profissional em odontologia e um auxiliar odontológico. Com o reconhecimento da necessidade de um odontólogo para integrar os programas de saúde da família, o Governo abriu possibilidades de se desenvolverem ações preventivas e curativas na área de saúde bucal de forma universal. Entretanto, o PSF ainda funciona, senão em estado precário, mas com muitas deficiências, daí os programas de prevenção de saúde bucal ainda não estarem em pleno funcionamento. Quanto à prevenção de cáries em bebês, as ações são desenvolvidas no pré-natal com a educação da futura mãe e dos familiares para a necessidade de uma efetiva higiene bucal do bebê, principalmente quando das mamadas noturnas. Atualmente, o Governo Federal desenvolve, através do SUS, o Programa Brasil Sorridente que tem por objetivo reunir uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadão de todas as idades. Assim, esta monografia tem como objetivo geral analisar a atuação e o alcance do Programa de Saúde da Família no que diz respeito à prevenção de cáries nos bebês de zero a dois anos e sua compatibilidade com o que preconizam as normas de Odontologia para tal fim. Para tanto foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o tema através do qual ficou esclarecido que a inserção da saúde bucal na estratégia do PSF representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Cárie/ Higiene Bucal/ Prevenção.

ABSTRACT

When it comes to oral health, prevention is still something new in Brazil and the government programs to this end began with the addition of fluoride to the water in big cities, but there was a direct action involving dentists with effective action to prevent tooth decay in population. The Federal Constitution of 1988 has as one of the social rights of citizens to health. However, it was necessary to do something to turn words into practice. It is with this philosophy that has taken place in the country the Sistema Único de Saúde - SUS, in the 1990s. In 1994 he was deployed to the Programa de Saúde da Família - PSF, but it was not expected to attend a dentist. It has been a second phase of restructuring of the PSF in 2001, which were joined to the PSF teams in a professional dentistry and a dental assistant. With the recognition of the need for a dentist to integrate family health programs, the Government has opened opportunities to develop preventive and curative actions in the area of oral health universally. However, the PSF still works, but in a precarious state, but with many shortcomings, so prevention programs for oral health are not yet fully operational. Regarding prevention of tooth decay in infants, the actions are developed in prenatal education of the mother and family to the need for an effective oral hygiene of the baby, especially when the night feedings. Currently, the federal government develops through the SUS, the *Brasil Sorridente* program that aims to bring together a range of oral health practices, aimed at citizens of all ages. Thus, this thesis aims at analyzing the role and scope of the Program de Saúde da Família with regard to the prevention of tooth decay in babies from zero to two years and its compatibility with the standards that call for Dentistry for that purpose. To do a literature search was done on the subject by which it was clarified that the inclusion of oral health in the strategy of the PSF provided the possibility of creating an area of practice and relationships are built for the reorientation of the work process and for their own actions oral health within the health services.

Keywords: Caries/Oral Hygiene/ Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 A Saúde Pública Odontológica no Brasil.....	16
2.1.1 Breve histórico da saúde pública no Brasil.....	16
2.1.2 O Programa de Saúde da Família	18
2.1.3 A saúde bucal como estratégia do PSF	19
2.2 A Prevenção da Saúde Bucal.....	20
2.2.1 O programa “Brasil Sorridente”	24
2.3 A Saúde da Criança	27
2.3.1 A amamentação e a saúde da criança	27
2.3.2 Polêmica em relação ao aleitamento materno e a formação de cáries ..	30
2.3.2 Cárie dentária	31
2.4 Os Programas de Saúde Bucal para Crianças de Zero a Dois Anos	33
3 ANÁLISE DAS DESCOBERTAS	36
3.1 Cárie e Alimentação do Bebê.....	36
3.2 Fluoretação e Cáries em Bebê	38
3.3 Os Programas de Saúde Pública de Prevenção de Cáries em Bebês	41
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira assegura a todos o direito à dignidade da pessoa humana. Essa dignidade só é possível de existir se houver o direito à saúde, assim é que no art. 6º da Carta Magna Brasileira de 1988 esse direito é plenamente assegurado.¹ (BRASIL, 1988). Não pode existir saúde plena se não houver um cuidado com a saúde bucal.

Em que pese a ser um direito constitucionalmente garantido a todos, essa não é a regra, mesmo os postos do Sistema Único de Saúde (SUS), criados para essa finalidade através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, trabalham com grande deficiência no atendimento à saúde de modo geral.

O conceito de prevenção em odontologia entre a maioria da população data dos últimos trinta anos do século passado. Ela surgiu também devido ao maior número de odontólogos, pois, em muitos lugares, nas pequenas e até nas grandes cidades, cuidar da saúde bucal consistia apenas de obturar e extrair dentes e essas obrigações, em muitos casos, estava a cargo de um prático ou até de barbeiros.

No que diz respeito à saúde bucal dos bebês, essa preocupação das famílias e dos profissionais da saúde ainda é recente e escassa, pois ela se desenvolveu a partir da popularização dos exames pré-natais na rede pública de saúde, quando mais mulheres tiveram acesso a um acompanhamento médico seguido de esclarecimentos sobre a saúde do bebê e da prescrição de medicamentos para a gestante visando à saúde da dentição do nascituro. Também, a partir da década de 1970, o Poder Público começou a crescer o flúor nas águas tratadas de suas cidades, fator este que contribuiu bastante para a prevenção em massa da cárie dentária, principalmente no bebê em gestação cuja mãe recebia água tratada com flúor.

Segundo informações do Ministério da Saúde, historicamente a prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil era caracterizado por ações, na sua maioria, curativas e mutiladoras, com acesso restrito e baixa complexidade. As ações desenvolvidas na maioria dos municípios eram direcionadas para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Quanto aos adultos e os idosos, estes

¹ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores, fator este que marcava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente. (SAÚDE BUCAL, 2011).

Nas duas últimas décadas, apenas algumas experiências isoladas e pontuais ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional efetiva para a Saúde Bucal. Consciente da gravidade da situação, o Governo Federal criou a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - que reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadão de todas as idades.

Consoante dados do Ministério da Saúde, antes do lançamento do Programa Brasil Sorridente, em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. (SAÚDE BUCAL, 2011).

O que a Política Nacional de Saúde Bucal se propõe, segundo o Ministério da Saúde é

garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, no marco do fortalecimento da atenção básica, reunindo uma série de ações em saúde bucal, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS. (SAÚDE BUCAL, 2011).

Ainda tendo como base informações do Ministério da Saúde,

a Política Nacional de Saúde Bucal se embasa do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003. Este, que é o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país até hoje, se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais) que foram responsáveis pela execução de 108.921 exames epidemiológicos em 250 municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Analisando esse quadro desolador no que diz respeito à saúde bucal de forma geral, acredita-se na prevenção de cáries em bebês, como ponto de partida para um programa eficaz de saúde bucal. Assim, diante dessa problemática, o presente estudo tem como enfoque principal a promoção da atenção preventiva à saúde oral do bebê, ou seja, implementação de ações de saúde bucal coletiva, buscando a promoção da qualidade de vida, viabilizando o acesso da população mais carente aos métodos de higienização fazendo-se necessário que os profissionais e a população em geral conheçam os reais fatores de risco associados à cárie em bebês e em crianças pré-escolares para que no futuro seja possível diminuir a prevalência dessa patologia.

Acredita-se que a assistência à saúde deve ser integral, englobando um conjunto de ações preventivas e curativas. Precisa ter resolutividade, ser eficiente na capacidade de solução de ações e serviços de saúde, deve principalmente ter a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado para estabelecer uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade em que atuam, formando um vínculo maior e estreito, já que o indivíduo é visto como um todo, que não pode ser dissociado de sua família, sua comunidade e do seu contexto, pelo contrário, sofre influência e influencia o ambiente em que vive. Ante essa perspectiva, é essencial que o profissional de saúde tenha uma visão multidisciplinar do indivíduo, conhecendo pois a comunidade, seus hábitos alimentares, de higiene, condições de vida, de saneamento básico, topográfico, etc., não podendo dissociar o indivíduo do meio.

Como foi colocado, diante das ações propostas pelo Ministério da Saúde, o Brasil se encontra frente a frente com um novo modelo para a saúde. Através do Programa da Saúde da Família o Ministério da Saúde assume uma estratégia para organizar a atenção básica, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e das ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Sendo assim os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integridade, qualidade, equidade e participação social. A expansão e a qualificação da atenção básica cria parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A inserção da saúde bucal na estratégia do PSF representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações serem construída para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Segundo informações do Ministério da Saúde,

as principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (especialmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. (SAÚDE BUCAL, 2011).

Considerando a relevância do assunto, escolheu-se como tema para esta pesquisa: “Saúde Pública: os programas governamentais voltados para a prevenção de cáries dentárias em bebês de zero a dois anos de idade.”

Assim, a escolha do tema foi provocada pela percepção da realidade da saúde bucal do bebê na comunidade de Cajazeiras assistida pelo PSF, onde a pesquisadora atua e tem se deparado, na sua prática profissional, com circunstâncias deploráveis tanto em visitas domiciliares como no consultório, situações através das quais foi possível constatar a incidência da cárie em bebês; o mais grave nesses casos é que as mães apresentaram total desconhecimento dessa possibilidade e demonstram falta de higiene oral, não só do bebê, mas de toda a família. Essa experiência é em uma comunidade com baixo nível escolar e com maior dificuldade de acesso à educação para a saúde e para o atendimento, motivação em relação à saúde oral do bebê.

Justifica-se a validade e a relevância deste estudo, na medida em que se verifica na saúde e na população de bebês uma intensa incidência de cáries, bem como um total desconhecimento da família quanto à higiene oral e os meios de prevenção, gerando distúrbios na estrutura da sociedade brasileira, o que acarreta negativamente o desenvolvimento e crescimento do indivíduo bem com a sua concepção de mundo, contribuindo, ainda mais, para aprofundar os problemas socioeconômicos e culturais da população de baixa renda, pois contribui para uma baixa autoestima daqueles que, além da educação formal deficiente, se apresentam com uma dentição ruim.

Não estão em discussão apenas as questões sociais e culturais, mas a

economia também é afetada negativamente, pois a falta da saúde bucal contribui para outras doenças digestivas, ou não, que afastam o indivíduo produtivo do trabalho para tratamento de saúde, onerando e sobrecarregando ainda mais o já frágil sistema público de saúde, além de diminuir a qualidade de vida do indivíduo e das comunidades.

Essas relações não podem ser ignoradas, mas devem ser permanentemente recriadas, a partir de novas relações e de novas construções coletivas, no âmbito do movimento socioeconômico e político da sociedade.

Com este referencial, propõe-se a discutir a relação existente entre a saúde oral dos bebês e as medidas preventivas, e a higiene oral diminuindo assim a prevalência de cárie precoce em crianças, afinal, a educação faz parte do conjunto social em que a população está inserida e deve se comprometer, também, com seus projetos. Sem nunca esgotar em si mesma, a dimensão local pode ser uma dimensão importante do planejamento educacional, integrado a um projeto social comprometido com a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a atuação e o alcance do Programa de Saúde da Família no que diz respeito à prevenção de cáries nos bebês de zero a dois anos e sua compatibilidade com o que preconizam as normas de Odontologia para tal fim. Os objetivos específicos são: a) Detectar as ações governamentais em relação à saúde bucal da população de modo geral; b) examinar os programas públicos existentes para prevenção à cárie de bebês de zero a dois anos; c) analisar as consequências da cárie nos bebês de zero a dois anos para a sua saúde presente e futura; e d) conhecer o processo de formação da cárie.

A questão norteadora deste estudo monográfico é a seguinte: Que ações são desenvolvidas pelo Poder Público no sentido de prevenir e, por conseguinte, diminuir a incidência de cáries e manchas brancas na dentição de bebês de zero a dois anos, e se as mesmas estão conforme determina a literatura odontológica?

Para que os procedimentos metodológicos fossem adequados às normas científicas, foram definidas fases de elaboração. A primeira delas está representada pelo conhecimento prévio a respeito do assunto, escolha do tema, reunião de material bibliográfico, pela obtenção do material pré-existente do tema proposto e elaboração do problema. A segunda fase consiste na compilação de dados, representada pelo momento de condução, constatação e comprovação dos dados técnicos, científicos e inferências para a obtenção de condições racionais de concluir

e analisar a importância da prevenção para a diminuição de cárie nas crianças.

Quanto aos objetivos que se quer alcançar, esta é uma pesquisa explicativa, na qual, segundo Gil (2002, p. 42), a preocupação central é identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. É o tipo que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas. Quanto aos meios, é uma pesquisa bibliográfica, pois é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. (GIL, 2002, p. 44)

O método de abordagem utilizado nessa pesquisa, conforme concepção de Marconi e Lakatos (2006, pp. 53-55) é o método indutivo, pois consiste num processo mental que parte de dados particulares, constatados e toma-se como verdade geral ou universal, não contidas nas partes examinadas. Ele se baseia em premissas verdadeiras que conduzem a um provável acerto. Ele contém três elementos fundamentais que são: observação dos fenômenos, descoberta em relação a eles e generalização da relação. Ele induz a formulação de duas perguntas: qual a justificativa para as inferências indutivas?, e qual a justificativa para a crença de que o futuro será como o passado?

O método de procedimento utilizado é o método monográfico, através do qual o estudo se concentra num aspecto de determinado elemento, com a evolução passa a considerar o conjunto dos aspectos do elemento. (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 92).

Os resultados deste estudo monográfico estão apresentados metodologicamente em capítulos. O primeiro contém a introdução e traz no seu bojo o tema, o problema, a justificativa, o objetivo geral e específicos, a questão norteadora e a metodologia.

O segundo capítulo faz uma revisão da literatura abordando definições sobre a saúde pública odontológica no Brasil, a prevenção da saúde bucal, a saúde da criança e os programas de saúde bucal de crianças de zero a dois anos.

O terceiro capítulo traz uma análise das descobertas, destacando alguns trabalhos publicados sobre resultados de prevenção de cáries em bebês, bem como faz uma análise das políticas públicas voltadas para este tema específico.

Por fim, o quarto e último capítulo, reservado para as conclusões, trazendo no seu escopo, os aspectos inferências da autora, baseado em todo o trabalho de pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Saúde Pública Odontológica no Brasil

Antes de começar a discorrer acerca da saúde pública odontológica no Brasil, será apresentando um breve histórico da saúde pública no país.

2.1.1 Breve histórico da saúde pública no Brasil

No final do século XVIII, nasceu a saúde coletiva, a partir da crítica à saúde pública; esta, por sua vez, originou-se da medicina moderna, assumindo uma postura autoritária como política sanitária, de caráter repressor e regulador, com apoio e respaldo da Ciência e do Estado. Como características da saúde pública, podem-se destacar a medicalização do espaço social e o biologicismo, em detrimento da abordagem social das comunidades. Embora o interesse das ciências sociais pela saúde, na América Latina com maior intensidade, seja um olhar externo e relativamente recente, a partir de 1970, no caso do Brasil, esse olhar crítico coube à saúde coletiva. O sentido atribuído ao caráter público da saúde é de espaço público que assegura as bases da relação dialógica, já que sua realidade é plural, ou seja, depende da presença da multiplicidade contida em perspectivas diferentes; este conceito define o caráter político das práticas profissionais e da formação universitária na área da saúde, devendo ser elas mesmas alvo de discussão e mudança para que venham a constituir-se como bem público. (BRAVO, 2001).

Na Constituição de 1988², a saúde passou a ter capítulo específico, ocorrendo um grande salto visando a corrigir o tipo de modelo assistencial vigente no país, até então caracterizado não só pela prática 'hospital-dependente', como pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e, acima de tudo, pela baixa resolubilidade, modelo esse gerador de insatisfação da população. O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 garante:

Art. 196. 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

² Artigos 196 a 200.

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Com a instalação do Programa de Saúde da Família no Brasil e a implantação do Sistema Único de Saúde, em 1988, definiram-se os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária, por meio do controle social, trazendo um grande desafio para a saúde coletiva, que consiste em reformular suas práticas para responder às diretrizes do SUS.³ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

A luta por elevação na qualidade dos serviços de saúde está diretamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que referenda a responsabilidade e dever do Estado para sua execução. Ao ser concebido sob tais princípios, o processo de construção do SUS visava, pelo menos no plano conceitual, a reduzir as distâncias ainda existentes entre os direitos sociais garantidos pela Constituição e a capacidade efetiva de oferta de serviços públicos de saúde à população. O grande desafio seria operacionalizar e obter os recursos financeiros necessários para o pleno financiamento do sistema, num país tão grande e complexo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A instalação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS) se iniciou na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990) e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumentos regulamentadores do sistema.

Dessa forma, a Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. (BRASIL, 1990).

³ Assim determina o Art. 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de 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.

[...] (BRASIL, 1988)

Com esse dispositivo, o Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal.

Entretanto, da determinação legal à prática, é preciso ressaltar que alguns fatores, até hoje, dificultam a sua operacionalização, como por exemplo: ausência de uma definição clara de funções para as três esferas de governo (federal, estadual e municipal); falta de clareza na relação pública com o serviço privado; e a resistência do antigo modelo assistencial. Várias experiências internacionais serviram de base para a implantação da Saúde da Família no Brasil, como também para o Programa Médico de Família, instituído em Niterói – RJ, em 1992 – experiência pioneira no país. Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o PACS, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, principalmente nas áreas mais carentes de atenção, como o Norte e o Nordeste do país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

No Brasil, as tentativas de mudanças no modelo assistencial foram desencadeadas com a evolução de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. A concepção do PSF apoia-se em diretrizes delineadas pelo Ministério da Saúde, em 1993, e é considerado o braço auxiliar no estabelecimento do SUS e da organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). O primeiro documento do Programa foi promulgado em setembro de 1994, a intenção era de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação deveria ocorrer, prioritariamente, nas áreas de risco. (ELIAS, 2000, pp. 31-32).

2.1.2 O Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 com o objetivo de descentralização da gestão de gerência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para os Estados e Municípios, visando ao reordenamento do modelo vigente de atenção básica em saúde, sendo considerado como estruturante dos sistemas municipais de saúde que tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Esse Programa tem suas bases no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado pelo Ministério da Saúde, em 1991, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento

dos graves índices de morbi-mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do Brasil. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde (1988), o desafio do PSF é buscar a equidade e a diminuição das desigualdades existentes, por meio de formas concretas e práticas de melhoria da qualidade, eficiência e eficácia no cuidado da saúde de todos. Os princípios fundamentais são a territorialização, a vinculação com a população, a garantia de integralidade na atenção, o trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar e multiprofissional, a ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade.

Conforme Elias (2000, p. 32), o que torna o PSF tão diferente das estratégias anteriores é o trabalho realizado através do princípio da adscrição da clientela, o que proporciona vínculo da Unidade Básica de Saúde com população atendida. É o resgate de uma relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e comunidade, onde a educação e a prevenção são largamente difundidas.

As atribuições fundamentais dos profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) são as seguintes: planejamento de ações; saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e a abordagem integral da família. Inicialmente o programa estava estruturado com uma equipe composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários; no entanto, a partir de 2001, foi ampliada com o profissional cirurgião – dentista e o auxiliar de consultório dentário. Com esta reformulação, houve a determinação de ações básicas para esta área no âmbito da estratégia, observando que a prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, estaria na faixa etária de zero a quatorze anos e gestantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

2.1.3 A saúde bucal como estratégia no PSF

Do ponto de vista da Saúde da Família, também as ações de saúde bucal devem ser organizadas, para que passe a existir, também nesse campo, uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança, no respeito. Os dentistas e seus assistentes são vistos como profissionais que podem de fato

desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do Programa Saúde da Família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Estudos realizados POR Souza e Roncalli (2007, p. 2728) demonstram que apesar de o Ministério da Saúde prometer a reorganização das ações na atenção básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, esse fato não significa que, de um momento para o outro haja uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal.

Destacam-se que algumas características próprias da profissão do cirurgião-dentista atribuem à saúde bucal particularidades que dificultam sua prática no setor público, principalmente no que diz respeito ao uso de tecnologias duras na atenção básica. Também existem algumas dificuldades no que concerne à integração da equipe de saúde bucal com a de saúde da família para a realização de um trabalho, por isso alguns autores acreditam que um dos maiores desafios para a saúde bucal consiste na interação dessas equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado, pois somente com essa integração será possível organizar um trabalho “com níveis de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementarem os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma”. (SOUZA; RONCALLI, 2007, p. 2728)

Especificamente no que concerne aos cirurgiões-dentistas e suas relações de trabalho com o município, há relatos de contratações de profissionais sem qualquer critério, o que implica práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais, ou até mesmo inexistentes em alguns casos. Isto preocupa, pois é expressiva a forma como equipe de saúde bucal vem se incorporando ao PSF uma vez que o Programa vem se tornando, especialmente na saúde bucal, a principal, ou até mesmo a única forma de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para responder às necessidades de saúde bucal da população. (SOUZA; RONCALLI, 2007, p. 2728)

É necessário, portanto, que os profissionais da odontologia conheçam, aceitem e pratiquem os conceitos e princípios da Saúde da Família e desenvolvam habilidades para o trabalho multiprofissional. Só assim eles poderão realizar, numa USF, o trabalho fundamental que deles se espera.

2.2 A Prevenção da Saúde Bucal

A atenção odontológica precoce foi introduzida com o objetivo de manter a

saúde bucal, dentro de uma filosofia de tratamento educativa e preventivo, considerando que é consensual entre os estudos que o acometimento precoce de lesões de cárie ocorre na primeira infância e o aumento de sua prevalência severidade estabelece-se de acordo com a idade. (BÖNECKER; PINTO; WALTER, 1997, p. 538).

O atendimento odontológico ao bebê deve estar centrado no enfoque preventivo para a manutenção da saúde, sendo importante à educação dos pais e responsáveis pelos bebês, pois, a prevenção deve começar com a educação dos pais, visto que, para os filhos os pais representam o modelo de vida. Portanto, fazer com que os pais tomem consciência do seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na construção de hábitos de higiene bucal na criança. (FRAIZ; WALTER, 2001, p. 310)

A literatura odontológica recomenda que desde os exames do pré-natal os pais sejam orientados quanto à importância da saúde bucal e de sua manutenção através da higiene do bebê, isso deve ser feito concomitantemente com as informações da importância da amamentação natural e o controle da ingestão de açúcar, bem como a necessidade da aplicação do flúor. (CRUZ, 2004, p. 187).

Todo programa preventivo de saúde deve começar com a educação, pois, como prevenir sem antes educar, instruir? A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, assim como a melhora na auto-estima.

Pode-se dizer que todo profissional, principalmente da área de saúde é um educador, ou seja:

É preciso que, pelo contrário, desde o começo do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e reforma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro [...] (FREIRE, 1999, p. 25)

Pois:

Ensinar exige rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes dos educandos, criticidade, estética e ética, corporificação das palavras pelo exemplo, risco, aceitação e rejeição a qualquer forma de discriminação, reflexão crítica sobre a prática. Exige também, o reconhecimento e a

assunção da identidade cultural, exige consciência do inacabamento, o reconhecimento de ser condicionado, apreensão da realidade e bom-senso, dentre tantas outras exigências, afinal, ensinar não é apenas transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. (FREIRE, 1999, p. 52)

Trazendo para a saúde e comparando com a afirmação que: “educação deveria ser o fundamento de qualquer programa de saúde pública, para qualquer tipo de doença” (KUHN, 2002, p. 21)

Percebe-se, a importância do papel do agente educador democrático, ou seja, do profissional transparente, que, universaliza aos seus pacientes a promoção da saúde que nada mais é do que a combinação planejada de ações educacionais, políticas, regulatórias e organizacionais, que atuam na condição da saúde do indivíduo, do grupo ou da comunidade, na maneira de estar no mundo e com o mundo, como indivíduos que interagem na capacidade de intervir e conhecer o mundo.

A Carta de Ottawa⁴ define a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (KUHN, 2002, p. 27)

Sabe-se que a educação gera hábitos de vida saudáveis, daí a necessidade de uma atuação precoce, no intuito de manter a saúde, antes mesmo de prevenir a doença, devendo ser pensada como uma maneira de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança. No que diz respeito à prevenção da saúde bucal da criança, nada melhor que educar os pais, ensinando-lhes os bons hábitos e advertindo quanto aos prejuízos que podem acarretar a falta de uma prática saudável de alimentação e higiene bucal.

Muito importante se faz um aconselhamento da dieta da gestante, tanto em termos nutricionais quanto em relação à frequência de consumo de produtos açucarados, enfatizando que o açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprir as necessidades da gestante e do feto. As orientações devem ainda incluir uso racional do flúor e cuidados com a saúde bucal do bebê (como o uso de uma gaze embebida com água oxigenada 10 vols.). (WALTER, 2007)

⁴ A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

Mas, não é só a alimentação que determina a cárie, outros costumes rotineiros também interferem; cabem aos pais prestar atenção e se reeducarem, pois, a cárie é uma doença contagiosa, assim, o adulto, sendo portador da bactéria, deve evitar beijar a boca da criança, assoprar a comida, utilizar os mesmos talheres e copos e limpar a chupeta com a própria boca.

Outro hábito incorreto que deve ser orientado aos pais é a imposição da chupeta a qualquer momento e de adoçá-la para a criança dormir melhor. Podendo reforçar o vício da chupeta que pode acarretar além da cárie, alterações dentárias, como mordida aberta e alterações de fala, além do que a presença do açúcar facilita a ação da bactéria sob o dente desenvolvendo a cárie, Sendo o ideal é que se evite ao máximo o uso da chupeta. (WALTER, 2007).

Os pais têm sempre que estar atentos para os dentes de leite, pois a saúde deste depende a saúde dos dentes permanentes, e se a higiene é deficiente o uso excessivo de açúcar e a alimentação não têm uma fonte de cálcio adequada, quando surgir o dente permanente o organismo vai sofrer os mesmos riscos do dente de leite devido aos hábitos errados.

A higienização bucal deve começa efetivamente com o surgimento dos primeiros dentes, dando especial atenção, à noite, após a última mamada. Essa limpeza deve seguir até os 18 meses, ou até quando os primeiros molares aparecerem, quando se deve iniciar a escovação. Porém, desta idade até cerca de 6 anos, a criança não tem coordenação motora para realizar uma higiene bucal eficiente, necessitando da ajuda de um adulto. Devendo também a escola ou creche começar o treinamento dos pequenos na escovação correta. (WALTER, 2007).

O controle da amamentação noturna é uma das medidas mais eficazes para a prevenção de cárie no bebê, não querendo dizer com isto que exista restrição alimentar e sim que não há nenhuma restrição sobre o aleitamento materno ou a amamentação noturna quando o bebê é menor de seis meses, ou desdentado; neste período o aleitamento deve ser irrestrito, devendo os pais, logo após a amamentação noturna, passar o dedo revestido com gaze embebida em água oxigenada 10 vols. diluída em água filtrada, pelo menos uma vez ao dia. (WALTER, 2007).

Porém, após o nascimento dos primeiros dentes, o hábito noturno de amamentação, quer natural ou artificial, deve começar a ser controlado, para que o desmame ocorra por volta de 12 meses de idade, onde os dentes incisivos já

nasceram e a criança inicia a fase de mastigação, pois quase sempre a mamadeira noturna não é oferecida com a finalidade nutricional. Na maioria dos casos, é utilizado para fazer a criança dormir ou mantê-la dormindo. Se por acaso a criança não se adaptar a esta prática deve-se fornecer a amamentação, mas proceder à higienização logo após a ingestão dos alimentos. (WALTER, 2007).

Percebe-se que é necessário e urgente a medidas educacionais, pois além de se diminuir o custo de tratamento, quanto mais cedo medidas promocionais vão sendo implementadas, menor será a possibilidade de esta criança vir a desenvolver alterações bucais. O tratamento preventivo precoce reduz em 90% a necessidade de tratamento curativo no futuro.

Sensível ao assunto, o Ministério da Saúde concebeu e implantou o programa denominado “Brasil Sorridente”.

2.2.1 O programa “Brasil Sorridente”

Através do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal foi concebido o Programa Brasil Sorridente o qual é um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. (SAÚDE BUCAL, 2011).

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. (SAÚDE BUCAL, 2011)

O programa Brasil Sorridente faz parte de uma rede de atenção básica voltada para a saúde da família que prevê a ação de equipe multidisciplinar como demonstra a figura 01 a seguir.



Figura 01 – Rede de Atenção Básica prevista pelo programa Brasil Sorridente
Fonte: SAÚDE BUCAL (2011).

O programa de saúde bucal no qual está inserido o programa Brasil Sorridente tem como diferencial a produção do cuidado cuja proposta é a humanização do processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde, implicando a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível aos seus problemas de saúde de uma “forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Para que as ações e serviços sejam efetivados com sucesso é necessário um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade e, a partir desse conhecimento, é possível construir uma prática eficiente e eficaz para resolução dos problemas de saúde, tanto de modo preventivo quanto curativo. A equipe do PSF precisa aproximar-se das pessoas e tentar conhecer todo seu universo, envolvendo “as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas

quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

É papel do PSF, e, por conseguinte, do odontólogo, estimular uma consciência sanitária, em que a saúde integral deve ser vista como um direito atinente à família. Para tanto é preciso que se organize um modelo no qual estejam previstas

“linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

O programa de saúde bucal compreende uma série de ações específicas a serem desenvolvidas por toda a equipe do PSF e pelas prefeituras, sendo as principais: a) a fluoretação das águas – pois está provado que o acesso à água tratada e fluoretada é essencial para a saúde da população; b) educação em saúde – cujas ações visam à apropriação do conhecimento acerca do processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, bem como possibilita ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia; c) higiene bucal supervisionada - implica desenvolver atividades de higiene bucal supervisionada pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais; e d) aplicação tópica de flúor – cujo objetivo é prevenir e controlar as cáries, utilizando produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas.

Para desenvolver esses programa, os profissionais da equipe de saúde bucal devem ser capazes de se integrarem tanto no interior do próprio sistema de saúde, como nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

2.3 Saúde da Criança

A saúde da criança depende uma série de fatores, dentre eles a alimentação. Daí que os órgãos nacionais e internacionais de saúde recomendam a amamentação como fonte exclusiva de alimentação para bebês até os seis meses de idade.

2.3.1 A amamentação e a saúde da criança

Todos os teóricos são unânimes em afirmar a supremacia do leite materno em relação a qualquer outro tipo de alimentação para o bebê, afirmações que são confirmadas na prática.

Existem muitos fatores envolvidos no ato de oferecer o seio para que o bebê sugue o leite, são fatores históricos, culturais, emocionais, físicos, econômicos, dentre vários outros. Nesses tempos de crise econômica, desnutrição infantil causando doenças sérias e mortalidades, nada melhor que refletir acerca das vantagens que o aleitamento materno tem sobre outra forma de alimentação infantil.

Profissionais da saúde e da nutrição insistem na necessidade de que se ofereça o colostro⁵ ao bebê, pois nessa substância estão presentes os elementos necessários para sua boa nutrição.

Estudos demonstram que, do ponto de vista nutricional, o aleitamento materno não é indispensável, entretanto, o colostro e o primeiro leite são de importância fundamental, pois contêm inúmeros fatores de resistência do hospedeiro especialmente contra as infecções do aparelho respiratório e das vias gastrintestinais. Quando falam da substituição do leite materno pelo artificial, as autoras se referem a seu universo laboral que são os Estados Unidos, não podendo ser aplicada sem prejuízo em um país em desenvolvimento como o Brasil.(ZIEGEL; CRANLEY, 1985, p. 227)

Excluindo-se as razões puramente nutricionais do leite humano, mesmo assim o aleitamento materno através do seio possui inúmeras outras vantagens sobre outros leites, dentre eles o fator psicológico, tanto para a mãe quanto para o bebê que se sente protegido.

⁵ O colostro é o leite produzido nos primeiros dias, contém mais proteínas e menos gordura e lactose que o leite maduro. É rico em imunoglobulinas, em especial IgA.. (OPAS, 2000, p. 5)

A amamentação promove um vínculo afetivo entre mãe e o bebê, pois o ato de amamentar e de ser amamentado pode ser muito prazeroso para a mãe e para a criança, o que favorece uma ligação afetiva mais forte entre elas gerando sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Isto faz com que a criança seja mais tranqüila e de mais fácil socialização durante a infância. A ocitocina estimula a contração do útero fazendo-o voltar mais rapidamente ao tamanho normal de antes da gravidez, parando o sangramento e esta é uma grande vantagem do aleitamento. (PASSOS, 2001, p. 2).

Existem muitos outros fatores que marcam a superioridade da amamentação ao seio de outra forma de alimentação infantil, destacando vantagens financeiras, higiênicas, profiláticas para a mãe e para o bebê, além de ser prazeroso para ambos. (PASSOS, 2001, p. 3).

Devido ao custo zero do leite materno, ele é de grande importância na redução da mortalidade infantil por desnutrição, atuando como fornecedor de nutrientes para o crescimento e como redutor de diarreia e de infecções respiratórias já que possuem anticorpos, leucócitos e outros fatores anti-infecciosos que protegem o bebê contra a diarreia, a pneumonia e resfriado. No entanto, é importante ressaltar que o efeito protetor do leite materno contra diarreia pode diminuir, ou mesmo desaparecer, quando qualquer líquido e/ou sólido, incluindo água e chás, são adicionados à alimentação da criança. As alergias alimentares têm sido encontradas com menos frequência em crianças amamentadas exclusivamente com leite materno.

Alguns estudos afirmam que o leite materno contribui para um melhor desenvolvimento do bebê, além do que previne a obesidade infantil, pois na fisiologia da lactação, o leite mais concentrado, ou posterior, vai sendo sugado depois daquele mais ralo, saciando mais rapidamente o bebê, em doses menores, o que não acontece com a alimentação em mamadeira em que o alimento mantém sempre a mesma concentração. (MARTINS FILHO, 1984, p. 36)

Pesquisas da Organização Mundial de Saúde demonstram a menor incidência de diarreia e infecções do aparelho respiratório em crianças alimentadas com leite materno, se comparadas àquelas que recebem o alimento materno associado a outro alimento ou que só recebe alimentação artificial. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2000).

Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, observou-se uma evolução

nos indicadores de morbi-mortalidade em crianças, em decorrência da junção de fatores demográficos, econômicos e sociais. Essas intervenções específicas do setor da saúde consistiram de vários fatores, destacando-se dentre eles as campanhas para o aleitamento materno, sendo este responsável pela redução em 50% dos óbitos decorrentes de diarreia e desnutrição. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2000).

A seguir algumas vantagens do aleitamento materno sobre outra forma de alimentação infantil.

- Proporciona uma nutrição superior e um ótimo crescimento;
- Fornece água adequada para hidratação;
- Protege contra infecções e alergias; e
- Favorece o vínculo afetivo e o desenvolvimento. (PRIMO; CAETANO, 1999, p. 7)

Quanto à ação do leite materno para a prevenção de formação de cáries, estudos demonstraram que o leite humano é capaz de diminuir o pH da placa dentária, além disso, os estreptococos somente são capazes de aumentar a fermentação da lactose após o contato frequente com o leite, entretanto, o potencial cariogênico do leite, sob condições normais, carece de importância clínica, exceto quando da diminuição dos fatores de defesa salivares, tal como ocorre durante o sono e na presença de xerostomia. (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004)

2.3.2 Polêmica acerca do aleitamento materno e a formação de cáries

Fernandes (2003) relata que uma pesquisa realizada pela Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC (Universidade Federal do Ceará) concluiu que a amamentação noturna é a principal causa de cáries em bebês de até um ano de idade. O estudo foi realizado durante um ano e meio no projeto Clínica de Bebê, em Fortaleza, e acompanhou 28 bebês. Logo no início do projeto, metade das crianças apresentava cárie. O que surpreendeu os pesquisadores é que os bebês sem cárie também tinham má higiene bucal. O que os diferenciava daqueles com cárie é que eles não tinham o hábito da amamentação noturna. Entre os 14 que tinham cárie, verificou-se que a mamada noturna, seja ela no peito da mãe ou em mamadeira, era um fator determinante no surgimento das bactérias causadoras da cárie. No mesmo estudo, foi feita uma prevenção nos bebês que não tinham dentes

cariados logo no início da pesquisa. Para isso, foram desenvolvidos dois métodos. O primeiro convencional, à base de aplicação periódica de flúor, de limpeza e de uma dieta sem adição de açúcar. E o segundo com a aplicação de um verniz de clorexidina, um antimicrobiano usado com sucesso como anti-séptico. Dos sete bebês que receberam apenas o tratamento convencional, seis tiveram cárie durante a pesquisa. Nos outros que receberam o verniz de clorexidina, apenas dois tiveram cárie.

A maioria dos autores, no entanto, argumenta que a cárie só está associada ao aleitamento materno quando o padrão de consumo apresenta determinadas características, como livre demanda, frequência elevada de mamadas ao dia, duração prolongada e, principalmente, mamada noturnas frequentes, levando ao acúmulo de leite sobre os dentes, o qual, associado à redução do fluxo salivar e à ausência de limpeza, poderia provocar o aparecimento de lesões.

Entretanto, esses mesmos pesquisadores argumentam que devido ao fato de o leite materno ser liberado por ordenha diretamente no palato mole, por isso mesmo não sofre estagnação ao ser sugado e é difícil de ser quantificado quanto ao volume ingerido pela criança, além de não haver informações na literatura sobre o que é um padrão atípico de consumo para crianças em aleitamento com relação à frequência alimentar. Outra argumentação frequentemente encontrada na literatura é que a adição de sacarose ao leite materno render-lhe-ia cariogenicidade. Defensores do aleitamento materno questionam essa afirmação, pois, na prática, é uma situação pouco provável de acontecer, visto que a adição da sacarose deveria ser concretizada durante o ato de mamar, ou seja, oferecendo-se à criança algo com açúcar para comer ou beber durante ou imediatamente após o aleitamento. (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004, p. 4)

2.3.2 Cárie Dentária

Estudos de vários especialistas no mundo todo definem a "Cárie" como outra forma de se denominar a deterioração do dente. A deterioração do dente é fortemente influenciada pelos hábitos e estilo de vida do indivíduo importando o que se come, como se cuida dos dentes, a presença de flúor na água ingerida e o flúor no creme dental.

Alguns especialistas defendem que a cárie é uma doença infecciosa,

transmissível que é fortemente modificada pela ingestão de alimentos e hábitos de higiene. Entre os vários fatores etiológicos atuantes no desenvolvimento dessa doença estão os microrganismos cariogênicos, carboidratos fermentáveis e a suscetibilidade do dente e do hospedeiro. A hereditariedade também tem um papel importante na predisposição de dentes para se deteriorarem. (KRASSE, 1988)

Embora a incidência de cáries seja mais comuns em crianças, adultos também estão sujeitos a elas. Os tipos de cáries incluem: a) Cárie coronária - o tipo mais comum que ocorre tanto em criança como em adultos, as cáries coronárias se localizam nas superfícies de mastigação ou entre os dentes; b) cárie radicular - à medida que envelhecemos, as gengivas se retraem, deixando partes da raiz do dente expostas. Como não existe esmalte cobrindo as raízes do dente, estas áreas expostas se deterioram facilmente; e c) cárie recorrente - a deterioração pode ocorrer em volta das restaurações e coroas existentes. Isto porque estas áreas tendem a acumular placa, que acabam levando à deterioração. (KRASSE, 1988).

Conforme Krasse (1988), para o desenvolvimento e a formação da cárie as bactérias aderem a uma fina camada a celular composta por proteínas salivares, fosfoproteínas e lipídios que recobrem as superfícies dentárias, denominada película adquirida. Assim, a formação da placa bacteriana pode ser dividida em três estágios: (1) formação da película adquirida ao esmalte, (2) aderência microbiana inicial e (3) maturação da placa dental.

Se aceita que a cárie é provocada por ácidos resultantes da ação bacteriana sobre carboidratos, determinando a desmineralização da parte inorgânica, seguida da desintegração do componente orgânico do dente. (MC DONALD; AVERY; STOOKEY, 2000, p. 157)

A presença de bactérias é fundamental para o desenvolvimento da doença cárie, e muitas delas podem produzir ácido suficiente para desmineralizar a estrutura dentária, porém o *Streptococcus mutans* tem sido considerado o mais virulento dos microrganismos. (MC DONALD; AVERY; STOOKEY, 2000, p. 157)

Na cavidade bucal dos recém-nascidos, essa espécie bacteriana não está presente, e só começa a ser detectada após a erupção dos dentes, sendo a mãe a fonte mais comum de transmissão dessa bactéria cariogênica. (BÖNECKER; PINTO; WALTER, 1997, p. 532)

A cárie de acometimento precoce permanece como sério problema de saúde pública. Existem ainda grandes variações de definições e critérios de diagnóstico,

sugerindo que seriam necessárias mais pesquisas para poder se chegar a um consenso sobre o conceito desse tipo de cárie na primeira infância. (DITTERICH ET ALL, 2004).

A alimentação prolongada, principalmente nas mamadeiras, pode favorecer o aparecimento da cárie rampante, como “um tipo de cárie de aparecimento súbito, disseminada, de progressão rápida, resultando no envolvimento pulpar e afetando aqueles dentes usualmente considerados como imunes à destruição”. (MC DONALD; AVERY; STOOKEY, 2000, p. 158).

Nos primeiros anos de vida, o aspecto clínico dos dentes afetados pela doença é típico e tem um padrão definido: há envolvimento cariioso precoce dos dentes anteriores superiores, dos primeiros molares superiores e inferiores, mas geralmente os incisivos no arco inferior não são afetados. A criança adormece e o líquido da mamadeira fica estagnado em volta dos incisivos superiores; o fluxo salivar é diminuído durante o sono e a diluição do líquido ingerido é lenta, promovendo um excelente meio de cultura para as bactérias. (MC DONALD; AVERY; STOOKEY, 2000, p. 158)

Evidencia-se, então, o padrão dietético e a contaminação precoce por bactérias cariogênicas como fatores de alto risco para o desenvolvimento da doença cárie em bebês.

O atendimento odontológico deve iniciar-se antes da erupção dos incisivos decíduos, por volta dos seis meses de idade, até o primeiro ano de vida, pela oportunidade que existe de prevenir o aparecimento dos sinais e sintomas da cárie dentária ou de diminuir sua incidência e extensão, através de programas educativos e preventivos que visem à manutenção da saúde. (BÖNECKER; PINTO; WALTER, 1997, p. 532)

Dessa forma, se os pais forem educados e instruídos dos prováveis efeitos negativos da utilização da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante à higiene deficiente, da importância da dieta equilibrada, do uso do flúor e dos cuidados quanto à higiene bucal, assim como da necessidade da visita ao cirurgião-dentista quando do irrompimento dos primeiros dentes decíduos, tornar-se-á mais fácil impedir o estabelecimento de maus hábitos.

2.4 Os Programas de Saúde Bucal para Crianças de Zero a Dois Anos

Os programas de saúde bucal para crianças de zero a dois anos estão previstos no Programa de Saúde da Família e se constituem em ações coletivas e individuais. Como ações coletivas, citem-se os Procedimentos Coletivos em Saúde desenvolvidos nas creches e escolas de educação infantil, ensino fundamental e outros espaços sociais, e compreendem triagem das crianças segundo os critérios de risco às doenças bucais, no início do programa, fluoroterapia conforme o indicado, escovação dental supervisionada quadrimestral, educação em saúde. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

A Área Técnica de Saúde Bucal, dentro do Programa de Saúde da Família, vem desenvolvendo um trabalho de parceria entre representantes das diferentes instâncias governamentais, da academia e das entidades de classe, buscando agregar conhecimento e ampliar a sua capacidade resolutive, planejando seu trabalho em três linhas principais de atuação.

A primeira refere à implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF e seus desdobramentos no desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde a partir da Norma Operacional da Assistência (NOAS/2002). **A segunda**, na vertente da epidemiologia, tem como principal projeto o Levantamento Epidemiológico Nacional SB 2000, que está a pleno desenvolvimento. Discute também a possibilidade de desenvolvimento de campanhas de prevenção em saúde bucal a exemplo de uma Campanha Nacional de Combate e Prevenção ao Câncer Bucal; a revisão dos indicadores de avaliação de saúde bucal a partir da experiência do Monitoramento das Equipes de Saúde Bucal⁴ no PSF e do Pacto de Indicadores da Atenção Básica⁵; e por fim, busca viabilizar a realização de um fórum para ampliar o debate acerca do uso adequado do flúor, para que possamos atualizar normatização e recomendações vigentes. **A terceira** consiste numa ação articulada entre Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde (ANVISA) e setores da indústria de produtos de interesse a saúde bucal, especialmente aos que contém flúor em sua formulação, para melhora da qualidade e segurança dos produtos e também para o estabelecimento de consensos quanto aos materiais educativos, de divulgação e marketing. (SILVEIRA FILHO, 2002).

Quanto à implantação das equipes de saúde bucal no PSF encontra-se em fase de elaboração um documento que visa a auxiliar esta implantação e suas ações estão pautadas sobre a realidade local, o conhecimento da sua comunidade adstrita, a comunidade de sua responsabilidade, procurando compatibilizar os princípios do SUS com os princípios de organização e exercício no nível da Atenção Básica à Saúde através da estratégia Saúde da Família, princípios

estes de consenso internacional. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

Recomenda-se que no primeiro mês de vida, a criança seja incluída num grupo de ações educativas em saúde bucal, onde a equipe discutirá com as mães ou cuidadores os cuidados necessários para a manutenção da sua saúde bucal e da saúde bucal dos bebês. Prescreve-se, ainda, que especial atenção deve ser dada à capacitação dos professores e cuidadores de crianças de zero a três anos. No que se refere às unidades de saúde, devem ser realizados grupos de educação em saúde, ou exclusivos para saúde bucal, ou concomitante a outros grupos existentes na unidade, organizando-se as ações preferencialmente por agrupamento de faixa etária, sendo que para as crianças de zero a 36 meses, as ações são direcionadas para as mães, pais ou cuidadores. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

O PSF é um Programa concebido para todos, porém o público que atende é. Na maioria das vezes, de pessoas carentes de recursos materiais, como adverte a cirurgiã-dentista com 16 anos de formada e cinco de PSF:

A visão integrada entre saúde bucal e a parte médica e de enfermagem, por meio de ações multidisciplinares, é fundamental. Muitas vezes, pedimos mais atenção de uma criança à escovação dos dentes, quando na verdade ela não possui uma escova e muito menos água encanada em sua residência. Conhecendo a família, você conhece também as suas prioridades, e a saúde como um todo. Não apenas a saúde bucal. No atendimento a uma criança, não olhamos só a boca. Olhamos também a sua dieta, sondamos se há dinheiro para comida, piolho na cabeça, e qual a situação dos dentes do pai, da mãe, dos irmãos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal preveem para crianças de zero a cinco anos as seguintes ações:

organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Portanto, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, a atenção à saúde bucal deve estar integrada às atividades constantes dos PSFs como vacinação, consultas, pois um programa específico voltado para essa área não atingiria seus objetivos, uma vez que o mesmo tem caráter multidisciplinar.

3 ANÁLISE DAS DESCOBERTAS

Para a realização deste estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica, conforme já anunciado na Introdução. A seguir serão feitas análises de alguns itens abordados no Referencial Teórico e que dizem respeito à prática relatada em estudos científicos que estão sendo desenvolvidos no Brasil e em Portugal, no que diz respeito à prevenção da cárie em bebês de zero a dois anos, no campo da saúde pública.

No Brasil não há dados oficiais relativos à prevalência da cárie em bebês ou na população em geral, entretanto o Projeto de Saúde Bucal concluiu que 27% das crianças de 18 a 36 meses e quase 60% das crianças de cinco anos de idade apresentavam pelo menos um dente decíduo cariado. Em média, uma criança brasileira com até três anos de idade já possui, no mínimo, um dente com experiência de cárie; aos cinco anos, esse valor aumenta para quase três dentes. Grandes diversidades regionais são percebidas em todas as idades, com as regiões Norte e Nordeste apresentando percentuais de dentes hígidos inferiores quando comparados com as regiões Sul e Sudeste. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

3.1 Cárie e Alimentação do Bebê

Estudos investigaram 158 crianças com até 12 anos de idade e ficou constatado que, quanto maior o tempo de aleitamento, menos cáries as crianças têm. Explica-se este fenômeno uma vez que o leite materno forma uma película protetora que imuniza a gengiva e o ato de sucção feito pelo bebê na hora de mamar também ajuda a desenvolver e a fortalecer os músculos e ossos da face, incluindo os dentes. (MOREIRA, 2007).

No que diz respeito à qualidade, ficou demonstrado que o leite humano não é cariogênico, pois há diferença entre a placa dental formada por ele e a formada pela sacarose. Acrescentam os pesquisadores que o leite humano não produz perda mineral visível clinicamente no esmalte, diferente do que acontece com a sacarose. (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004).

Foram feitas experiências, as quais demonstraram que o leite humano não é cariogênico porque não provocava queda significativa no pH do esmalte em crianças sob aleitamento materno, com idades entre 12 e 24 meses.

O leite humano permitia um moderado crescimento de *Streptococcus sobrinus*; promovia a remineralização do esmalte por meio da deposição de cálcio e fosfato em sua superfície; possuía capacidade tampão muito pobre; e não causava, *in vitro*, descalcificação do esmalte após 12 semanas. Porém, ao ser acrescentada sacarose ao leite humano, havia o surgimento de cárie em dentina em 3,2 semanas. (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004).

Os estudos relacionados à cárie no lactente com o aleitamento materno invariavelmente só observaram os fatores interrelacionados com o surgimento da cárie, deixando de lado aqueles associados à amamentação. Muitos desses fatores atuam como variáveis de confusão, porque, do mesmo modo que interferem no aleitamento materno, também têm influência no surgimento da cárie. (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004).

Tais estudos levaram a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) a apoiar as recomendações da Academia Americana de Pediatria quanto ao aleitamento materno (de pelo menos um ano), ressaltando, no entanto que não se deve abusar da alimentação noturna por mamadeira, ou até mesmo aleitamento materno em livre demanda; recomenda-se também que não seja frequente a utilização de copos antitransbordantes. Por fim, recomenda que as crianças não sejam colocadas para dormir com mamadeira e que o aleitamento materno noturno em livre demanda seja evitado após a erupção do primeiro dente. (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004).

Concluem os autores da pesquisa que, para uma posição definitiva a respeito do assunto, são necessárias pesquisas futuras, mas que a AAPD não inclui mais o aleitamento materno entre os fatores de risco para cárie. Além disso, não há comprovação científica de que o leite humano é cariogênico, mesmo quando ingerido em livre demanda e durante a noite. (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004).

Cosme e Marques (2005) relatam que pesquisas realizadas em Portugal sobre cárie e aleitamento materno concluíram que o desenvolvimento clínico dessa patologia segue um padrão muito característico, fato que permite retirar algumas conclusões acerca dos seus fatores etiológicos, tais como: os primeiros dentes afetados são os incisivos superiores decíduos, logo após a sua erupção, que ocorre geralmente entre os 12 e os 24 meses; já os molares decíduos e caninos são afetados imediatamente após a erupção ou logo a seguir aos incisivos. Se a doença evoluir sem tratamento, todos os restantes dentes decíduos são afetados antes dos quatro anos.

Os pesquisadores recomendam que, para prevenir a ocorrência da cárie, as crianças abandonem a mamadeira até os 12 meses, devendo ainda tentar evitar-se que adormeçam logo depois da amamentação, de modo que os alimentos não fiquem em redor dos dentes durante o período do sono. Desaconselha-se, por ser extremamente nocivo, o uso de chupeta com açúcar ou mel como auxiliar para adormecer ou sossegar a criança. Além disso, recomenda-se a redução da ingestão de açúcares pelas crianças, e os bebês de modo particular até os seis a nove meses, por ser desnecessária do ponto de vista nutricional, uma vez que não é ainda aproveitada pelo organismo até essa idade. A forma ideal de se ingerir o açúcar, para evitar cáries é após as refeições, nunca nos intervalos, seguidos de correta higiene oral. (COSME; MARQUES, 2005).

3.2 Fluoretação e Cárie em Bebês

Tomita et al (1996) realizaram uma pesquisa em Bauru (SP) envolvendo crianças de creches das cidades de Bauru e São Paulo e, através dos resultados alcançados tornou possível relacionar vários fatores ao surgimento da cárie, destacando o status socioeconômico das crianças de zero a seis anos e ficou constatado que as diferenças começam a aparecer depois dos três anos, pois até aquela idade crianças de famílias com rendas diferentes apresentam um índice de cáries igual, o que os pesquisadores acreditam ser o diferencial é a fluoretação das águas, pois na cidade de São Paulo 100% da água recebe tratamento com flúor, enquanto na cidade de Bauru, 10% da população não recebe a água tratada com tal elemento, e, nessa população está incluída a maioria da amostra.

Ainda sobre a fluoretação das águas ou aplicação tópica do flúor em bebês, Elias, Assunção e Cunha (2008) procederam a uma pesquisa com 62 Faculdades de Odontologia do Brasil, através de questionários enviados às Disciplinas de Odontopediatria. Dentre essas instituições, um total de 44, representando 71% da amostra, possuem um programa de assistência odontológica voltados para bebês, enquanto 18 (29%) afirmaram não possuir este tipo de assistência em suas instituições. Dos que informaram não possuir o programa, três (16,6%) instituições enviaram aos pesquisadores o protocolo de atendimento aos bebês fornecido aos alunos do curso de graduação.

Continuando a pesquisa: Elias Assunção e Cunha (2008) relatam que no que diz respeito à conduta do uso tópico de flúor, 24 instituições (51%) recomendam o uso caseiro e profissional; já 22 (47%) apenas o uso profissional e 1 (2%) não recomenda o uso do flúor, conforme tabela 01.

Tabela 01 – Conduta de uso tópico do flúor

Recomendação	Quantidade	%
Uso caseiro e profissional	24	51%
Uso profissional	22	47%
Não recomenda	1	2%
Total	47 ⁶	100%

Fonte: ELIAS; ASSUNÇÃO; CUNHA (2008).

Das 46 instituições que fazem uso do flúor tópico profissional, 44 (96%) utiliza o verniz fluoretado, 18 (39%) na forma de solução e 15 (33%), flúor em gel. Algumas universidades recomendaram mais de um tipo de aplicação profissional do flúor, conforme tabela 02.

Tabela 02 – Tipo de flúor tópico profissional utilizado⁷

Tipo	Quantidade	%
Verniz fluoretado	44	96%
Solução	18	39%
Gel	15	33%

Fonte: ELIAS; ASSUNÇÃO; CUNHA (2008)

Em relação às 24 instituições que recomendam o uso domiciliar do flúor, 21 (87,5%) utilizam-no sob a forma de solução, enquanto que nas três instituições restantes (12,5%), o fazem através do uso do dentifrício fluoretado.

⁶ Embora somente 44 instituições tenham programas de assistência odontológica para bebês, nesse total estão incluídas as encaminharam o protocolo de atendimento fornecido aos alunos de graduação.

⁷ O total difere de 47, pois algumas instituições usam mais de um tipo de aplicação de flúor tópico.

Tabela 03 – Uso domiciliar de flúor

Tipo	Quantidade	%
Solução	21	87,5%
Dentifrício fluoretado	03	12,5%
Total	24	100%

Fonte: ELIAS; ASSUNÇÃO; CUNHA (2008)

Nas 24 instituições que recomendam o uso domiciliar de flúor, a concentração mais indicada da solução do flúor foi a de 0,02% (66%). A maioria das instituições (67%) recomenda o uso domiciliar da solução fluoretada uma vez ao dia; 28% delas recomendam a frequência de uso de acordo com o risco e 5% recomendam a frequência de uso em duas vezes ao dia. O período mais recomendado para a aplicação da solução foi antes de dormir em 22 instituições (90%), apenas duas instituições o recomendam ao acordar e após as refeições. (ELIAS; ASSUNÇÃO; CUNHA, 2008)

Com relação ao uso do dentifrício fluoretado pela criança, 40 instituições (85%) não indicam a utilização de outra forma de flúor, se há o uso do dentifrício. Uma instituição (2,2%) permite o uso concomitante do dentifrício com outra forma de flúor, enquanto que cinco (10,6%) responderam que o uso concomitante é realizado apenas em casos restritos, ou seja, para bebês com alto risco à doença cárie; uma instituição não respondeu à referida questão (2,2%), conforme tabela 04.

Tabela 04 – Uso de dentifrício fluoretado

Tipo	Quantidade	%
Somente o dentifrício	40	85%
Uso do dentifrício com outra forma de fluoretação	03	12,5%
Em casos de alto risco uso associado	05	10,6%
Total	48 ⁸	

Fonte: ELIAS; ASSUNÇÃO; CUNHA (2008)

Das 22 instituições que fazem apenas uso profissional de flúor tópico em bebês, 13 (59%) já recomendaram o uso do flúor caseiro, mas atualmente abandonaram essa prática. O motivo mais frequente que levou ao abandono do uso

⁸ O total é diferente, pois duas instituições recomendam duas formas de uso do dentifrício. Uma instituição não respondeu.

do flúor caseiro foi a utilização de outras fontes de flúor pelo bebê (47%). As outras nove instituições (41%), nunca indicaram o flúor de uso caseiro, sendo os principais motivos, a utilização de outras fontes de flúor (30%) e o risco de desenvolvimento de fluorose (30%). (ELIAS; ASSUNÇÃO; CUNHA, 2008)

3.3 Os Programas de Saúde Pública de Prevenção de Cáries em Bebês

O Ministério da Saúde, as secretarias municipais e estaduais de saúde não têm uma política pública voltada unicamente para a prevenção de cáries em bebês de zero a dois anos. Os programas de saúde bucal estão inseridos no Programa de Saúde da Família. Embora nos últimos dez anos o “Programa Brasil Sorridente” venha recebendo destaque por parte do setor público, a inserção de um profissional em odontologia só foi concretizada quando da reformulação do PSF, oito anos depois da sua concepção.

O Programa “Brasil Sorridente” engloba diversas ações do Ministério da Saúde e busca melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Até o seu lançamento em março de 2004, a atuação do Governo Federal com a saúde bucal se resumia ao repasse de recursos para cada equipe de profissionais montada pelo município. (SAÚDE BUCAL, 2011).

Cada equipe do “Brasil Sorridente” é formada por um odontólogo, um auxiliar de consultório e um técnico em higiene bucal. Esses profissionais estão aptos a fazer extração dentária, restauração, aplicação de flúor, resina e próteses dentárias gratuitas. Eles também estão sendo orientados a diagnosticar o câncer de boca, uns dos principais problemas da saúde bucal no País. (SAÚDE BUCAL, 2011).

Como atuação preventiva, o “Brasil Sorridente” prevê a fluoretação da água em 100% dos municípios com sistema de abastecimento. Atualmente, 60% das cidades têm o serviço. Onde não há flúor na água a incidência de cáries é 49% maior. Outra ação do “Brasil Sorridente” é a orientação e a distribuição de kits como pasta e escovas de dente pelas equipes da saúde bucal para as famílias mais carentes. (SAÚDE BUCAL, 2011).

O documento do Ministério da Saúde que dá as diretrizes nacional da saúde bucal determina como prevenção específica para o grupo de crianças de zero a cinco anos que se organize o ingresso desse grupo no sistema, no máximo a partir de seis meses de idade, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas

clínicas e atividades em espaços sociais. Recomenda que sejam desenvolvidas atividades para serem com os grupos de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva, não sendo recomendada a criação de “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde, pois é recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa, principalmente estudando os programas oficiais de saúde, especificamente de saúde bucal, deixou claro que a realidade ainda está muito aquém do preconizam os programas oficiais, principalmente levando em conta a experiência de uma profissional que trabalha no PSF numa comunidade carente de recursos financeiros e educação, pois a equipe que compõe o Posto, mesmo se desdobrando em cuidados e trabalhando além das horas contratadas não consegue fazer o trabalho como está nas diretrizes do Programa, tanto por falta de recursos materiais como humanos.

O que se percebe é que nos programas de saúde pública não basta apenas a consciência do profissional quanto à comunidade em que trabalha, mas também as autoridades precisam ficar atentas para as reivindicações dos profissionais que atuam e conhecem a comunidade em que estão inseridos.

Por outro lado, não se admite a desqualificação profissional, sob o argumento de que é urgente preencher vagas, muito menos a falta de materiais sob a alegação de escassez de recursos financeiros. É preciso, sim, preencher as vagas, pois as pessoas precisam do profissional cirurgião-dentista, mas não se admite contratar por contratar. Por sua vez, o profissional também tem de ter a responsabilidade de cumprir os horários e agir como se estivessem em seus consultórios. Saúde é prioridade e direito de todos, portanto não pode faltar medicamentos e materiais utilizados para atendimento médico-odontológico.

Especificamente no que diz respeito à prevenção de cáries de bebês, segundo vários pesquisadores da área e a experiência pessoal da autora desta monografia, como cirurgiã-dentista num PSF de uma comunidade economicamente desfavorecida, é possível constatar que ela deve começar já na gravidez, pois é o momento bastante oportuno para se estabelecerem medidas de promoção de saúde, podendo-se fazer algumas prerrogativas e, através de educação e medidas básicas que melhorem a saúde bucal da mãe, diminuir o risco de cárie do futuro bebê.

Quanto à polêmica do aleitamento materno que pode causar cáries, acredita-se que uma conscientização da gestante, através do aconselhamento do profissional de saúde que acompanha a gravidez e palestras que reúnam médicos,

cirurgiões dentistas, enfermeiros, agentes de saúde podem despertar na grávida e futura lactante a consciência quanto à necessidade de fazer uma higiene bucal, mesmo que o bebê ainda não tenha dente, pois isto é essencial para uma dentição sadia.

Outra forma de prevenção que se sugere aqui é a ação de agentes de saúde quando de visitas domiciliares, verificar se os pais sabem como fazer a escovação, caso contrário encaminhá-los para uma consulta odontológica.

Sabe-se que o SUS e o PSF estão muito longe de alcançar a universalidade proposta pelo Constituinte de 1988, tanto devido a problemas de logística, como dificuldade de transporte e outros fora da alçada do Programa, mas de responsabilidade governamental, como pela escassez da mão de obra, não somente treinada e capacitada, mas de forma geral, os postos funcionam com um número menor de profissionais do que aqueles que deveria possuir para prestar um bom serviço às populações.

Outra questão se refere à dificuldade de exames e procedimentos complementares, os quais na área odontológica podem ir de simples raios X à necessidade de uma cirurgia para retirar um dente incluso ou corrigir uma periodontite, ou qualquer outra doença que afete a saúde bucal.

Finalmente, espera-se que este estudo tenha alertado para a necessidade de intervenções quanto à sua saúde oral dos bebês de zero a dois anos, deixando claro que desde a gravidez, nas consultas pré-natal, a mãe já deve receber orientações de prevenção, rigoroso controle metabólico, profilaxia e higiene oral. A prevenção adequada da cárie dentária em bebês inicia-se pela educação dos pais pelo controle da amamentação noturna (peito ou mamadeira) cuidados quanto à higiene bucal (uso de gaze embebida em água oxigenada 10 vol.) assim como a visita ao cirurgião dentista antes da erupção dos dentes decíduos.

Os benefícios deste levantamento bibliográfico são para servir de elemento a fim de sensibilizar os profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família, quanto às orientações voltadas ao auto-cuidado referente à doença da cárie, pois, existe uma grande necessidade de se repensar a atuação do dentista na promoção e educação para a saúde bucal da comunidade atendida por ele, na educação diária e constante, para que se possa passar do educar para o aprendizado dos processos disponíveis para a melhoria dos hábitos de vida.

Finalizando, é necessário registrar que um dos desafios apresentados na

atualidade refere-se à construção de uma agenda propositiva na luta pela saúde como um todo, como bem público e como direito cidadão, e a identificação de estratégias para a incorporação efetiva de saúde bucal como um dos componentes para se obter equidade com relação aos processo de reforma setorial na saúde que estão atualmente em marcha no Brasil.

REFERÊNCIAS

BÖNECKER, Marcelo José Strazzeri; PINTO, Antonio Carlos Guedes ; WALTER Luiz Reynaldo de Figueiredo. “Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade.” **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. 1997: 51 (6): pp. 535-540.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br> Acesso em 01.09.2011.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br> Acesso em 01.09.2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. “Política de saúde no Brasil”. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. (2001). Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em 01/09/2011.

CRUZ, Ana Amélia Gomes et al. “Percepção materna sobre a higiene bucal do bebê” *Pesquisa Brasileira Odontopediátrica Clínica Integrada*. João Pessoa, v. 4, nº 3, p. 185-189, set./dez/ 2004., p. 186. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/637/63740305.pdf>> Acesso em 28/08/2011

DITTERICH, Rafael Gomes; ROMANELLI, Marissol Vasconcellos; RASTELLI, Márcia Cristina ET AL. “Cárie de acometimento precoce: uma revisão” *UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, 10 (3/4): 33-41, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/viewFile/391/397>> Acesso em 29/08/2011

ELIAS, Paulo Eduardo. “Uma visão do SUS”. *O que Você Precisa Saber sobre o Sistema Único de Saúde*. (2000). São Paulo: Associação Paulista de Medicina, v. 1, p. 32. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/Cartilha_Sus_Vol1.pdf> Acesso em 28/08/2011

ELIAS Gracieli Prado; ASSUNÇÃO, Luciana Reichert da Silva; CUNHA, Robson Frederico. “Perfil de Utilização do Flúor Tópico em Bebês Adotado pelas Universidades Brasileiras de Odontologia”. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. João Pessoa, 8(3):277-282, set./dez. 2008. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/440/250>>. Acesso em 28/08/2011

FERNANDES, Kamila. “Mamada noturna” . *Folha on-line*. (14/09/2003). Disponível em: <<http://67.210.115.10/detalhe.php?cod=153549>> Acesso em 28/08/2011.

FRAIZ Fabiano Calizto, WALTER, Luiz Reinaldo de Figueiredo. “O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie”. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria Odontologia Bebê*, 2001: (4) 21: 398-404. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-74912001000300005&script=sci_arttext> Acesso em 28/08/2011

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Tradução de Moacyr Gadotti e Lillian Lopes Martin - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. [Coleção Educação e Comunicação, vol.1.],

KRASSE B. **Risco de cáries**. 2. ed. São Paulo: Quintessence, 1988

KUHN, Eunice. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 77 p. p. 21. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00008507&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 28/09/2011

MARTINS FILHO, José. **Como e porque amamentar**. São Paulo: Sarvieri, 1984

McDONALD, R. E.; AVERY, D. R.; STOOKEY, G. K. Cárie dentária na criança e no adolescente. In: _____; _____. **Odontopediatria**, 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000,

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. ed Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Programa de Saúde da Família (2002) Disponível em: < http://www.ibam-concursos.org.br/documento/guia_psf1.pdf> Acesso em: 29/08/2011

_____. **Guia Prático do PSF**. Brasília, Ministério da Saúde. (2004) Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/guia_psf2.pdf> Acesso em 22/06/2011

_____. Secretaria de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em 24/08/2011

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **A saúde no Brasil**. 2000 (Relatório). Disponível em: www.opas.org.br/sistema/arquivos/saude> Acesso em 10/10/05.

PASSOS, Michelle Delboni dos. “Aleitamento Materno”. *Nutrição e Saúde*. Julho de 2001,p. 2. Disponível em <http://www.gastronomiabrasil.com/Nutricao_e_Saude/Julho_2001.htm>. Acesso em 29/08/2011

PRIMO, Cláudia C. & CAETANO, Laíse C. “A decisão de amamentar da nutriz: a percepção de sua mãe.” 1999. **Jornal da Pediatria**, p. 7. Disponível em <<<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 02/09/2011

RIBEIRO, Nilza M. E.; _____ Manoel A.S. “Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica.” *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2004; vol. 80 (5 supl): S199-S210. Aceso em 02/09/2011

SAÚDE BUCAL. Programa Brasil Sorridente. Disponível no site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125> Acesso em 22/06/2011

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – Área Técnica de Saúde Bucal. **Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal**. Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). (2007) Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saude_bucal/nascendo_cresc_viv.pdf> Acesso em 28/08/2011

SILVEIRA FILHO. Antonio Dercy. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Dezembro de 2002. Disponível em: <http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf> Acesso em 28/09/2011

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. “Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007,

WALTER Luiz Reynaldo de Figueiredo. Odontologia para bebês. Londrina: Universidade Federal de Londrina. [periódico na internet]. [2007 mar 27]. Disponível em: <<http://ns.rc.unesp.br/proama/pagfeitas/artigoluisw.htm>>. Acessado em 28/08/2011

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Tradução por J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985, p. 233