

CARMINE BORGES DI MAMBRO

SAÚDE BUCAL NA ABORDAGEM DO BINÔMIO “MAMÃE-BEBÊ”

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

CARMINE BORGES DI MAMBRO

SAÚDE BUCAL NA ABORDAGEM DO BINÔMIO “MAMÃE-BEBÊ”

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

CARMINE BORGES DI MAMBRO

SAÚDE BUCAL NA ABORDAGEM DO BINÔMIO “MAMÃE-BEBÊ”

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof.

Prof.

Prof.

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/___

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo a minha família e meus amigos que sempre tiveram a paciência e o carinho necessário para que eu concluísse o curso de CEABSF. Dedico também a minha tutora Fernanda por toda sua dedicação.

AGRADECIMENTOS

|

Formatado: À esquerda

RESUMO

Este estudo tem sua motivação inicial a partir de uma discussão constante, entre os profissionais de saúde, sobre como avaliar a existência, a forma, a aplicação e a sistematização das práticas em saúde bucal, na estratégia da Saúde da Família, para as abordagens do binômio “mamãe-bebê”. A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O objetivo geral desse estudo foi de colaborar com o aperfeiçoamento da atenção prestada durante o pré-natal, fornecendo subsídios para elaboração de ações de promoção de saúde, na estratégia Saúde da Família, e contribuir com avanços na integralidade da atenção dessa importante parcela da população. Para tanto, os objetivos específicos estarão ligados superar os maiores agravos de saúde bucal na gravidez e puerpério, bem como os relacionados ao recém-nascido, lactente e primeira infância. De acordo com a revisão bibliográfica deste trabalho podemos avaliar que a gestante requer atenção odontológica especial devido às alterações que ocorrem no período gravídico. É de fundamental importância o papel do cirurgião-dentista, realizando tratamento curativo quando necessário, avaliando riscos à saúde bucal, prevenindo hábitos orais inadequados e doenças bucais, reforçando conceitos sobre a importância do aleitamento materno e uma alimentação saudável, efetivando sua participação no pré-natal multiprofissional.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Binômio “Mamãe-Bebê”, estratégia de Saúde da Família, ESF.

ABSTRACT

This study has its primary motivation from an ongoing discussion among health professionals on how to assess the existence, form, application and systematization of practice in oral health, the strategy of Family Health (SF) for approaches the binomial "mother-baby". The health of the family is understood as a strategy for reorienting the care model, operationalized through the implementation of multidisciplinary teams in primary health care. These teams are responsible for monitoring a set number of families, located in a geographical area. The teams work with actions for health promotion, prevention, recovery, rehabilitation of diseases and disorders more frequent, and in maintaining the health of this community. The general objective of this study will contribute to the improvement of care during the prenatal period, providing support to the elaboration of health promotion in the Family Health Strategy, and contribute to advancing the comprehensive care of this important segment of the population. To this end, specific objectives will be linked to major health problems of oral health in pregnancy and puerperium, as well as those related to the newborn, infant and early childhood. According to the literature, we can assess the pregnant woman requires special dental care because of changes that occur during gestation. It is vital the role of the dentist, making curative treatment when necessary, assessing risks to oral health, preventing unhealthy oral habits and oral diseases, reinforcing concepts about the importance of breastfeeding and healthy nutrition, making effective participation in pre-natal multidisciplinary care.

Keywords: Oral Health, Binomial "Mother-Baby", family health strategy, ESF.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO I – A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	12
CAPÍTULO 2 – SAÚDE BUCAL DA GESTANTE	15
2.1. – Aspectos gerais	15
2.2. – Cuidados com a saúde bucal durante a gravidez e puerpério	21
CAPÍTULO 3 – SAÚDE BUCAL DO BINÔMIO “MAMÃE-BEBÊ”	24
3.1. Aspectos gerais	24
3.2. – Cuidados da saúde bucal do bebê, do lactente e da criança	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

INTRODUÇÃO

Este estudo tem sua motivação inicial a partir de uma discussão constante, entre os profissionais de saúde, sobre como avaliar a existência, a forma, a aplicação e a sistematização das práticas em saúde bucal, na estratégia da Saúde da Família (SF), para as abordagens do binômio “mamãe-bebê”. Pela pouca experiência em Saúde da Família, quando comecei a trabalhar nessa estratégia tive muitas dificuldades em encontrar uma abordagem mais ampla e efetiva para trabalhar a prevenção em saúde bucal com gestantes que, nesse momento, muitas das vezes, acreditam não poder realizar o tratamento odontológico, por riscos que acreditavam existir. Notava também que, embora as gestantes de minha área de abrangência fizessem o pré-natal, elas não eram orientadas no sentido de também fazerem algo positivo para as suas próprias bocas e para a boca do filho em gestação, bem como não tinham informação de cuidados com a higiene oral do recém nascido.

Embora originalmente integrante de uma equipe de SF, por questões alheias a minha vontade, tive que deixar o programa de SF, alterando minha posição em relação à participação no Serviço de Saúde: cumpro, atualmente, a função de cirurgião dentista em uma Unidade de Saúde na cidade de Araxá/MG, o que limita uma prática baseada em um território e uma população definida, com o conseqüente contexto de planejamento e propostas de intervenção.

Entretanto, minha inserção e continuidade no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais colocaram-me como participante de um processo de educação permanente, com acesso e estudo dos módulos do curso, não só os relativos a uma formação obrigatória, componentes da unidade Didática I (FARIA *et al*, 2008a, FARIA *et al*, 2008b CARDOSO *et al*, 2008, VASCONCELOS *et al*, 2009), bem como os temas optativos, especialmente os mais ligados ao tema Saúde Bucal. Assim, a vivência anterior e a continuidade de atuação com mães e crianças, entre outros clientes, confirmou-me a necessidade de aprofundar um estudo mais focalizado, relacionado à saúde bucal do binômio mãe-bebê. Estudo em que busco contextualizar a política de saúde no país, especialmente os aspectos ligados à Atenção Básica e à Saúde Bucal, conectando-os, a seguir, com o tema que proponho desenvolver.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

De acordo com a Portaria Nº. 648, de 28 de Março de 2006, (BRASIL, 2007), além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm como responsabilidades:

“... garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, além de assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais - de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde.”

A justificativa para esse trabalho reside no próprio fato da inserção da Saúde Bucal no corpo de responsabilidades da Atenção Básica, no fato de que muitas doenças sistêmicas têm manifestações na boca, podendo ser importantes sinais de diagnóstico para problemas de saúde geral e que, na maioria das vezes, a saúde bucal do indivíduo espelha a sua saúde geral, o que, em muito, se deve à assistência básica dentro das unidades de saúde.

Atualmente, observa-se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, a partir da conjunção de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, prevenção de riscos e doenças, e a consequente revisão das práticas assistenciais.

É necessário pensarmos a reorganização da atenção em saúde bucal tendo o conceito do cuidado como eixo principal de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma concepção de saúde holística, não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, através da incorporação de ações programáticas multiprofissionais e do desenvolvimento de ações intersetoriais. (BRASIL, 2004)

Apesar do refinamento tecnológico da Odontologia em nosso país, o atual traduz o convívio da população, desde a infância, com dores e perdas dentárias sucessivas, processo esse que, muitas vezes, já vem desde a gestação. E com carências nutricionais ou maus hábitos de alimentação, a industrialização e a mudança de padrões na apresentação e textura dos alimentos para as crianças a, por exemplo, falta de alimentos duros, secos e fibrosos elimina a necessidade de uma mastigação mais vigorosa, questões que vai impondo profundas alterações nos estímulos necessários ao desenvolvimento adequado do sistema

estomatognático. A falta de mastigação adequada, um curto período de amamentação natural, o aparecimento de alergias respiratórias e a introdução e manutenção de hábitos deletérios como chupeta e mamadeira contribuem com o desenvolvimento das oclusopatias que poderiam ser evitadas ou ao menos minimizadas através de um programa de orientação e educação.

Essas influências estão cada vez mais presentes e, cada vez mais atuante como fatores determinantes do que como contribuinte da doença bucal.

Muitos esforços têm sido feitos no desenvolvimento de índices periodontais para acesso prático às necessidades de tratamento periodontal cuja importância no planejamento de serviços públicos ou programas de saúde bucal tem sido enfatizada, buscando melhor utilização dos dados coletados.

As alterações de forma e de função do sistema mastigatório causadas pela respiração bucal, pela cárie precoce, por hábitos indesejáveis de sucção ou por uma mudança de hábitos na alimentação, como por exemplo, a mastigação unilateral, pode ser prevenida e controlada, se detectada precocemente.

A correta interpretação destes conceitos possibilitará fazer um diagnóstico preciso da situação apresentada e das causas que provocaram o aparecimento das alterações. A partir deste diagnóstico funcional, o tratamento será iniciado ainda na dentição decídua, corrigindo as alterações presentes e prevenindo o aparecimento de problemas maiores e mais graves na dentição permanente.

Este estudo tem como objetivo geral colaborar e planejar ações que possam promover saúde dentro de uma unidade de Saúde da Família. Contribuindo com melhorias na integralidade e aperfeiçoamento da atenção prestada na questão binômio “mamãe-bebê”.

Do ponto de vista da metodologia para o presente trabalho foi realizado a partir de análise e discussão de dados extraídos de trabalhos selecionados da ampla revisão bibliográfica realizada sobre a saúde bucal referente ao binômio “mamãe-bebê”, A pesquisa bibliográfica foi conduzida na base de dados Lilacs, Scielo e módulos do curso.

Este trabalho compõe-se de três capítulos. No primeiro, procurou-se aprofundar e detalhar as diretrizes do cirurgião dentista dentro da Estratégia Saúde da Família. O segundo capítulo detalha bem a saúde bucal da gestante e quais os cuidados que ela deve ter durante o período gestacional, para que ela tenha um puerpério de grande qualidade de vida Finalmente, o terceiro capítulo procura mostrar a importância do binômio “mamãe-bebê”, ressaltando aspectos e cuidados da saúde bucal do bebê, lactante e da criança.

Pretende-se então, contextualizar os assuntos em questão, discutir as abordagens da saúde bucal no processo binômio “mamãe-bebê”, e sistematização da saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família.

CAPÍTULO 1 – A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A reorientação do modelo de atenção bucal na saúde suplementar possui algumas diretrizes baseadas na Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), também detalhadas no Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (BRASIL, 2007), tais como:

1. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção como o tratamento e a recuperação da saúde, não descuidando da atenção nas situações de urgência.

2. Estimular a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, respeitando os limites da cobertura contratada.

3. Estimular as ações de promoção e Prevenção de Riscos intervindo positivamente no processo saúde-doença-cuidado:

3.1. Higiene bucal supervisionada e revelação de placa: a remoção da placa bacteriana promovida pela escovação dental e pelo uso do fio dental tem participação importante na prevenção das doenças bucais, sendo um procedimento de baixo custo e universal, porém, realiza-lo adequadamente requer aprendizado e orientação profissional;

3.2. Fluoroterapia: além do incentivo à prática do autocuidado, através da escovação com dentífrico fluoretado e do uso do fio dental, a realização de fluoroterapia tópica complementar (com soluções para bochechos, gel ou verniz fluoretado) é indicada, dependendo do risco individual do beneficiário. A fluoroterapia não possui restrições no tocante à faixa etária, sendo sua frequência de aplicação dependente da avaliação do risco individual. A fluoroterapia tem ação otimizada nas superfícies lisas dos dentes (MARINHO *et al*, 2006).

3.3. Selantes: efetivos na prevenção da cárie de superfície oclusal, são indicados para os dentes posteriores, recém-irrompidos na cavidade bucal, em ambas

as dentições. Sua utilização faz parte da estratégia da odontologia minimamente invasiva (AHOVUO-SALORANTA *et al*, 2006);

3.4. Terapia Básica Periodontal: é um conjunto de procedimentos terapêuticos que visam à eliminação de todo e qualquer agente etiológico local e compreende o estabelecimento de protocolos para o diagnóstico, prevenção e acompanhamento das doenças periodontais, assim como, a indução de procedimentos não-cirúrgicos, como raspagem supragengival e polimento coronário, visando o controle, a manutenção e o monitoramento permanente da saúde periodontal (MCLEOD, 2000).

4. Utilizar ações educativo-preventivas como estratégia de ação, objetivando a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, estimulando o beneficiário a mudar seus hábitos, apoiando-se na conquista de sua autonomia e no autocuidado. Compreende a abordagem dos fatores de risco ou de proteção comuns, para doenças da cavidade bucal (doenças cárie, periodontal e má oclusão) e para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), discutindo os efeitos do tabagismo, sedentarismo e de práticas alimentares inadequadas.

5. Utilizar protocolos para a indução das ações de promoção e prevenção. A variabilidade dos critérios de diagnóstico juntamente com a lógica da produção centrada em procedimentos, induz a rede de prestadores a restaurarem dentes, mesmo quando não há indicação. O sobretratamento e o retratamento de dentes são, infelizmente, uma realidade do setor. A indução de medidas preventivas, como a fluoroterapia (MARINHO *et al*, 2006), o uso de selantes na dentição decídua (AHOVUO-SALORANTIA *et al*, 2006) e a intervenção minimamente invasiva, fazem parte de um sistema produtor de saúde bucal. Dessa forma, as consultas devem ter periodicidade maior (a cada quatro meses) para todo o conjunto de beneficiários, assim como para aqueles com patologias mais específicas, como os portadores de doença periodontal, que necessitam intervalos de manutenção ainda menores (a cada três meses após o tratamento). A indução dos procedimentos preventivos tem impacto positivo na redução de procedimentos cirúrgico-restauradores de média e alta complexidade, reduzindo custos. O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores, entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários, alterando-se a lógica que leva à mutilação e ao ciclo restaurador repetitivo.

6. Utilizar as informações epidemiológicas sobre o conjunto de beneficiários para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas. O conhecimento produzido fornece uma base racional para auxiliar a escolha das intervenções a serem implementadas, em função da situação encontrada (PEREIRA, 1995).

7. Criar estratégias de “busca ativa” e identificação dos grupos de risco.

8. Acompanhar o impacto das ações em saúde bucal através de indicadores confiáveis e contínuos.

9. Definir uma política de educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e práticas centradas na promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, pautando-se em evidências científicas.

Assim, devido a essas diretrizes percebemos que os problemas de saúde bucal também se inserem na questão de saúde pública. Por isso, é de grande importância que a área de saúde bucal tenha uma participação direta em certas medidas preventivas.

Portanto vemos que a participação do cirurgião dentista (CD) dentro da equipe da ESF é de grande valia, pois é necessário que além da equipe básica (enfermeiro, médico, agentes de saúde, auxiliar de enfermagem), é preciso que o dentista conheça a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas.

Mas para que isso aconteça, é indispensável que o CD realize um levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita, além de um tratamento integral no âmbito de atenção básica, pois não adianta o profissional da saúde bucal esperar que o paciente vá apenas até ele, é preciso que ele faça planos de ação em que contage a população se prevenir todos os dias.

Contudo, percebemos que seguindo o propósito de conhecimento da área que o CD atua, seria mais fácil garantir um melhor atendimento para o binômio “mamãe-bebê”, pois assim ele conheceria melhor as condições de vida da gestante, podendo então, fazer um melhor tratamento adequado com todas. E é isso que iremos discutir, a partir de agora, no capítulo 2.

CAPÍTULO 2 – SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Nesse capítulo vamos abordar a importância da saúde bucal para a gestante e puerpério, enfatizando as mudanças do corpo da mulher, tanto físicas quanto emocionais e as também especificar dúvidas e tabus com relação a saúde bucal durante do período gestacional.

Este capítulo foi dividido em duas partes:

- Aspectos gerais
- Cuidados com a saúde bucal durante a gravidez e puerpério

2.1. – Aspectos gerais

De acordo com Costa, Saliba e Moreira (2002), a gravidez e puerpério são períodos fisiológicos complexos. Neles, além das mudanças físicas e emocionais, existem crenças e mitos envolvendo a saúde do binômio mãe-filho. Entre elas, encontra-se a que a atenção odontológica tida como prejudicial e contra-indicada: o folclore popular é rico em atributos negativos em relação ao tratamento odontológico na gravidez como “a cada gravidez, perde-se um dente”; “há enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira cálcio deles”, preocupações com a formação do feto ou até a perda do mesmo devido ao uso de anestésico odontológico. A maioria dos medos, embora sem suporte científico, contribuem para o afastamento da gestante da atenção odontológica.

Dúvidas sobre a possibilidade de atenção odontológica durante o período gestacional podem estar relacionadas à insegurança quanto à indicação dessa prática e também à baixa percepção de necessidades, entre as quais a falta de interesse, o comodismo, o esquecimento, ao fato de não gostar de dentista ou nem pensar em ir ao dentista durante a gravidez. Assim, é de grande importância que os profissionais de saúde bucal trabalhem de forma integrada com os demais profissionais responsáveis pelo acompanhamento da gestante (ALBUQUERQUE, ABEGG e RODRIGUES, 2004).

Queiroz (2005) sugere que projetos de educação para saúde bucal de gestantes devem ser iniciados com o levantamento de tabus, para que possam ser desmistificados pelos profissionais envolvidos no cuidado da gestante. Dessa forma, melhoraria a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico.

Segundo Konishi e Lima (2002), a maior dificuldade na implantação de um serviço odontológico no pré-natal advém das crenças que decorrem da associação entre gestação e odontologia.

Percebemos que durante a gravidez, com muita frequência, a inflamação gengival, e, portanto, a severidade da gengivite, tende a se agravar, e muitas vezes se tornar mais perceptível frente à presença de irritantes locais. Durante esta fase, as modificações do periodonto estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana muitas vezes favorecida por outros fatores locais, assim como o estado transitório de imunodepressão (ROMERO, 1988).

A maioria das enfermidades gengivais que coincidem com a gravidez podem ser tratadas mediante a eliminação dos fatores locais através do estabelecimento de uma higiene bucal cuidadosa, e manutenção dos resultados com retornos periódicos ao cirurgião-dentista, dentro de um programa de controle de placa supervisionado (SALKIN, 1993).

De acordo com Duarte (1995), adicionalmente, a mãe é considerada a principal fonte de infecção de microrganismos relacionados tanto à cárie como à doença periodontal, devendo este fato ser considerado, principalmente se a mesma apresentar alto risco para quaisquer destas enfermidades. Assim, a diminuição deste grau de risco na mãe, constitui-se em importante conduta preventiva para a criança, o que se iniciaria ainda no período gestacional, o que é importante, pois além da gestação se constituir de uma fase durante a qual a mulher torna-se mais sensível à adoção de novos hábitos, possibilitando a transformação da futura mãe em competente agente educador, também reduziria a possibilidade de infecção precoce.

No entanto, Romero e Sanches (1988), observaram uma falta de motivação da gestante para com os aspectos preventivos odontológicos, resultante da baixa intervenção educacional por parte do cirurgião-dentista.

As condições em que a grande maioria das mulheres chega à gravidez, no que se refere a características biológicas e psicossociais, além dos limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal constituem-se nas causas das patologias orais de maior frequência, ou seja, a cárie e a doença periodontal. Tal fato constitui-se em alerta e direciona os esforços preventivos do profissional e de sua equipe de educadores para a fase que antecede ao nascimento do bebê.

A saúde bucal da mulher/gestante não constitui numa tarefa na medida em que pouco se tem dado atenção às diferenças marcantes entre a saúde bucal de homens e mulheres, pois

quando falamos sobre a saúde bucal de mulheres, vemos o quanto evidencia a falta de acesso à informação e às possibilidades de atendimento nos serviços de saúde.

Falar dessa saúde bucal das mulheres é falar da dívida da saúde pública tornando-se essencial visualizar também como tem sido tratada a saúde das mulheres de um modo geral no Brasil.

Dados do Ministério da Saúde sobre a assistência à saúde da mulher (BRASIL, 1999) revelaram que somente 51% das gestantes brasileiras tinham acesso à assistência pré-natal. Além disso, existe toda uma questão da situação da mulher na sociedade brasileira: as condições em que ela se encontra ao entrar no mercado de trabalho; a articulação entre o trabalho doméstico e o extra doméstico; o seu nível de escolaridade; enfim, o esquecer-se de si mesma em benefício da família, pois é assim que deve ser (é o que a sociedade espera e cobra dela) (BARROSO 1982; DIAS, 1991). De modo geral, a saúde da mulher tem sido vista restritivamente como saúde reprodutiva, limitando as necessidades de saúde da mulher principalmente ao período gestacional e as situações que o cercam.

Assim, percebemos que dentro da lógica a saúde bucal da mulher fica restrita ao período gestacional, e mesmo assim quando se fala em gestantes, muito pouco se tem feito no sentido de orientar as mulheres, durante os exames do período pré-natal. Quanto aos cuidados que lhes é necessário conhecer: em relação à própria saúde bucal cuidados que independem da gestação, e a de bebês completamente vinculados ao fato de ser ela quem vai cuidar dos filhos. Apesar disso, de modo geral, não são vistas como prioridades nos serviços oferecidos pelas equipes de Exames do Período Pré-Natal ações em promoção de saúde bucal, como orientações sobre nutrição e alimentação adequadas, hábitos de higiene, cuidados com a saúde bucal do bebê; em relação à proteção específica, através de aplicações tópicas, dentifrícios fluoretados e controle do açúcar, entre outras atividades; e também em outros níveis de prevenção, mais ligados à atenção à doença.

Mesmo os eventuais serviços de atendimento odontológico à gestante têm tratado do assunto como a Saúde, de uma forma geral, trata: uma forma precoce de atenção à saúde da futura criança. Assim, mulheres, parte dessa população adulta, encontram nesse momento oportunidades, porém também restritas, de que sejam atendidas suas necessidades em saúde bucal, somente em função da gestação, o que está profundamente arraigado à sua condição de mulher dentro da sociedade. Fala-se dessas oportunidades como também restritas porque, de fato, poucas são as gestantes que conseguem ter acesso a tal atendimento.

Todos estes fatos se somam aos mitos, crenças e medos em torno da atenção odontológica durante a gestação, que fazem parte do universo cultural da população (da qual não se excluem os profissionais da saúde) no Brasil.

Mas também devemos dar valor ao medo que a gestante tem durante o tratamento dentário, pois estudos mostram que muitas mães têm muito medo de perder o bebê em decorrência de hemorragia genital provocada pelo tratamento odontológico. Assim, vemos o quanto é preciso trabalhar o emocional das gestantes, para que o tratamento dentário seja bem realizado e completo.

Por isso é preciso que o cirurgião dentista reforce a importância deste durante o período gestacional, uma vez que existem manifestações bucais associadas à gravidez que exigem cuidados odontológicos. Segundo Oliveira (1990), durante a gravidez, e de maneira especial no terceiro trimestre, a mulher apresenta uma diminuição na capacidade fisiológica do estômago e pode ingerir menos quantidade de alimentos, porém com maior frequência, podendo, assim, haver um aumento o risco de cárie devido à tendência existente nas gestantes em mordiscar a certos intervalos. Este aumento na frequência de alimentos associa-se à possibilidade de que o estado geral da gestante a induza ao descuido da sua higiene bucal. O aumento exagerado da fome em gestantes relaciona-se à perda de nutrientes para o feto e a efeitos hormonais da gestação.

SÃO PAULO (2007), os hormônios constituem importante aporte nutricional para microrganismos bucais. No início da gravidez, ocorre uma flutuação no nível dos hormônios circulantes. Há significativo aumento dos hormônios sexuais, tanto do estrogênio quanto da progesterona, o que favorece o incremento da microbiota bucal, particularmente de bactérias acidogênicas como os *Streptococos sp* com conseqüente queda do pH da cavidade bucal. Essa acidificação do meio bucal associada a constantes desafios cariogênicos, provocados pela elevada frequência no consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono e a um controle inadequado do biofilme dentário podem levar a instalação da cárie dentária. Náuseas, vômitos e o aumento da viscosidade da saliva colaboram com certa uma negligência do controle de biofilme. Vômitos repetidos, devido ao refluxo gástrico matinal podem levar a erosão dos dentes.

Há relatos de que a xerostomia é crescente entre as gestantes (44% das gestantes); por outro lado a sialorréia pode se manifestar durante a segunda e terceira semanas após a fecundação, podendo se manter durante os três primeiros meses (SÃO PAULO, 2007).

Entretanto é importante salientar que durante a gravidez não há perda de cálcio dos dentes. Em algumas pacientes verifica-se um aumento da incidência de cáries e de perdas

dentárias, o que está associado ao inadequado controle de biofilme a uma dieta de elevada frequência na ingestão de carboidratos.

O incremento dos níveis hormonais, próprio da gravidez, contribui com a velocidade na formação e acúmulo e maturação do biofilme, desencadeando um processo inflamatório crônico na margem gengival, a gengivite gravídica (SÃO PAULO, 2007).. A gengivite da gravidez ocorre em cerca de 30% a 75% das mulheres grávidas. Clinicamente, são caracterizadas por eritema; edema; hiperplasia; aumento do sangramento gengival. A região anterior e interproximal dos dentes são as mais afetadas, principalmente em respiradores bucais ou em pacientes com rinite alérgica ou desvio septa.

Bastonetes e filamentos se proliferam favorecendo a instalação de um ambiente de anaerobiose. Bacteróides sp e *Phorphyromonas sp*, bactérias produtoras de colagenase e hialuronidase são os principais componentes desse biofilme, podendo levar ao agravamento do quadro inflamatório já instalado, com despolimerização do colágeno das fibras gengivais até periodontais e do ácido hialurônico, importante substância intercelular e evidente aumento da profundidade de sondagem das bolsas periodontais (SÃO PAULO, 2007).

Evidentemente esses quadros só se instalam e se agravam quando não há um eficiente controle mecânico do biofilme dentário, com escova, creme dental fluoretado, fio ou fita dental.

Segundo Fonseca (1987), a fome durante a gestação funciona como um mecanismo de defesa e, quase sempre, o apetite aumentado é superior às necessidades extras deste período. Assim, por necessidade fisiológica e também muitas vezes por orientação que recebe, tanto do médico como de parentes, a gestante faz um número maior de refeições, e acaba deixando de escovar os dentes sistematicamente (KAHHALE, 1994).

Soma-se a este fato, a crença de que a mulher grávida deve comer por dois (MARQUES & DUARTE, 1997). Tal crença acaba por contribuir para a obesidade da mulher, além de contribuir para aumentar as chances de desenvolver diabetes, ou uma doença hipertensiva específica (toxemia gravídica), que faz a gestante reter líquidos e inchar. É preciso orientação dietética para que se compreenda que comer bem não significa engordar. Sabe-se que a dieta gestacional deve ser rica em carnes, proteínas, verduras, sais minerais; e que se deve evitar alimentos gordurosos e ricos em hidratos de carbono (açúcares em geral). Sem nenhuma dúvida, afirma Fonseca (1987), o açúcar é o maior responsável pelo excessivo ganho de peso durante a gestação. Por todas estas mudanças, Marques & Duarte (1997) afirmam serem fundamentais: escovação adequada e a diminuição de açúcares.

Além disso, existem hipóteses de hipersecreção das glândulas salivares no início da gravidez (OLIVEIRA, 1990), que cessa por volta do terceiro mês e coincide com o desaparecimento da emese gravídica, ou seja, dos enjôos, das regurgitações e ânsias de vômito freqüentes na gestação. Não existe, de fato, etiopatogenia definida para tal hipersecreção, no entanto parece ser relevante a participação psicológica em tal evento. O mesmo autor relata alterações no pH da saliva citada como fatores que predispõem e levam à incidência de cárie dentária nas gestantes. A gengiva, por sua vez, também sofre alterações neste período: inicialmente acreditava-se que a gengivite gravídica tivesse causa puramente hormonal; atualmente há um consenso de que na gravidez existe uma resposta exagerada dos tecidos moles do periodonto aos fatores locais, que se deve ao aumento na vascularização da gengiva durante a gravidez. Além disso, pode inclusive ocorrer aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade da bolsa, acontecimentos estes que podem estar associados ao estrógeno e à progesterona. Também podem ser encontrados os tumores gravídicos, lesões idênticas ao granuloma piogênico, que aparecem geralmente numa papila, como uma resposta mais intensa, produzindo uma zona localizada de proliferação capilar e reação inflamatória acentuada. Pigmentações no interior da boca e lábios também podem estar presentes, devido às modificações hormonais. (MOSS, 1996; NASCIMENTO & LOPES, 1996). Diante de todos esses achados científicos, fica claro que a gravidez exige da mulher reforços nos cuidados com a boca: escovação dos dentes, uso do fio dental, dieta balanceada e visitas ao dentista são fundamentais.

2.2. Cuidados com a saúde bucal durante a gravidez e puerpério

➤ Alimentação:

De acordo com a Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS) - Área Técnica de Saúde Bucal, SÃO PAULO (2007), é importante que a gestante procure ter uma dieta equilibrada com ingestão de carboidratos, proteínas, cereais, verduras e legumes, enfim, alimentos ricos em vitaminas e ferro, devido à importância da mesma em sua saúde geral e também para o desenvolvimento do feto, incluindo a dentição, cuja formação tem início por volta da 6ª semana de vida intra-uterina. A gestante deve adquirir o hábito de comer devagar, em intervalos regulares, mastigando muito bem os alimentos.

O consumo do açúcar refinado deve ser evitado. Vários estudos mostram que a partir do quarto mês de gestação, o feto já está desenvolvendo o paladar; o uso de açúcar na alimentação materna é transmitido via placenta, determinando assim que o bebê, ao nascer, já demonstre preferência pelo sabor doce quando comparado com bebês cujas mães não utilizaram açúcar durante a gravidez (Pollack; Kravitz, 1985). Assim, recomenda-se que doces sejam consumidos com muita parcimônia, de preferência após as refeições. É conveniente lembrar que há alimentos que contêm altas quantidades de carboidratos, como catchup, mostarda, salgadinhos, cereais, iogurtes, etc, destacando a importância da higienização da boca a fim de evitar o surgimento do biofilme dental e problemas gengivais.

Deve ser lembrado também que a alimentação equilibrada é necessária para prevenir a obesidade e doenças crônicas degenerativas, como diabetes, doenças cardiovasculares, etc.

➤ Higiene Bucal:

Pesquisas mostram que ocorrem alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação; o enjôo ao creme dental, que pode estar presente, compromete a escovação. Alterações na frequência da alimentação, com aumento no número de refeições, não são acompanhadas pelo aumento no número de escovações. Por outro lado, após o nascimento da criança, a mulher pode descuidar-se de seus cuidados pessoais, incluindo os cuidados para com a sua saúde bucal, não vista nesse momento como prioridade. Desta forma, deve-se enfatizar a necessidade da escovação dentária após as refeições; orientar casos específicos em que haja sensibilidade ao creme dental (enjôo com o sabor); ressaltar a necessidade de escovação imediata após o vômito para diminuir a acidez salivar e orientar para o uso

rotineiro do fio dental, prevenindo assim o surgimento de cárie dentária, gengivite ou problemas periodontais (SÃO PAULO, 2007).

➤ **Preparo do peito para a amamentação**

O aleitamento materno, além de ser um ato de amor, é essencial para a saúde da criança, incluindo a saúde bucal, como será exposto adiante. Portanto, a gestante deverá estar preparada para essa finalidade.

A amamentação tem uma relação decisiva com a saúde bucal da criança, contribuindo para formação e posição correta dos dentes, bem como das demais estruturas da boca (osso e músculo).

O aleitamento materno é importante para o desenvolvimento físico e emocional, após a erupção dos primeiros dentes. Tanto o aleitamento quanto a amamentação noturnas devem começar a ser controlados para que o desmame ocorra por volta dos 12 meses de idade.

O bebê não tem necessidade de chupar bicos nem o dedo, entretanto o uso do bico é tradicionalmente arraigado à cultura nacional. Quando usá-lo dê preferência aos ortodônticos, pois são confeccionados para uma melhor adaptação à boca do bebê. Seu uso deve ser moderado, limitado aos momentos de agitação e na hora de dormir se assim o exigirem. Procurar retirá-lo no primeiro ano e seu uso não deve ser prolongado após os 18 meses. Quando a arcada dentária está deformada pelo uso do bico ou sucção do dedo é necessário um tratamento especializado.

Quando o bebê tem entre 19 e 31 meses, abre-se o que se chama de "janela de infectividade". É nessa fase que pode haver a contaminação da mãe (ou responsável) para o bebê, caso a mãe esteja com a doença cárie, pois é uma doença transmissível. Quanto mais infectada estiver a mãe pelas bactérias que provocam a cárie, mais chances o bebê terá de ser infectado. Portanto neste período devem ser evitados beijos no rosto, nos lábios e nas mãozinhas do bebê, assim como o hábito de experimentar suas papinhas e suquinhos utilizando os utensílios que o bebê levará à boca.

O uso precoce de dentifrícios fluoretados por crianças pequenas pode causar a fluorose dental (manchas brancas) nos dentes. Os bebês deglutem grande parte do dentifrício por não conseguirem expectorar adequadamente, portanto para evitar a fluorose é recomendada a utilização do mínimo possível de dentifrício na escova (a quantidade de dentifrício vai depender de cada criança, pois poderá ser menor ou semelhante ao tamanho de um grão de ervilha e, então, informe-se com o seu dentista, de preferência um odontopediatra, sobre a quantidade correta que deverá utilizar em sua criança).

A aplicação do flúor deve ser feita somente quando o bebê tiver dentes.

Existem controvérsias entre enfermeiros, pediatras e nutricionistas com relação às técnicas de preparo da mama para amamentação, durante a gestação. Mas é consenso que alguns cuidados no pós-parto podem prevenir rachaduras, ingurgitamento (mama cheia e com pontos de dor), mastite (inflamação na mama), entre outros problemas.

Recomenda-se não usar pomadas ou cremes nas mamas, pois dificultam a boa pega e às vezes causam rachadura. Para proteger as mamas, basta passar o próprio leite antes e depois do bebê mamar. Lavar e secar bem os seios no banho diário e usar um sutiã que proporcione boa sustentação e firmeza proporciona conforto. Na hora de amamentar a gestante deve ser orientada a desabotoar o sutiã. O bebê deve abocanhar grande parte da aréola. Se o peito estiver muito cheio, deve-se primeiramente fazer massagem e ordenha de alívio, retirando um pouco do leite para que o bebê consiga abocanhar melhor a aréola. Para cicatrizar a rachadura, deve-se passar o próprio leite no bico quantas vezes forem necessárias e manter o seio sempre seco antes de colocar o sutiã. Se a mama estiver muito cheia, deve-se massageá-la e esvaziá-la com as mãos, pressionando levemente próximo da aréola.

CAPÍTULO 3 – SAÚDE BUCAL DO BINÔMIO “MAMÃE-BEBÊ”

Nesse capítulo será abordado a preocupação que a puerpera deve ter com o recém-nascido em relação a saúde bucal, desde o primeiro dia de vida, além principais cuidados que a mãe deve ter com seu bebê.

3.1 – Aspectos gerais

A reconhecida vulnerabilidade do recém-nascido e do lactente é manifestada também na saúde bucal. Nesse período, os estudos têm mostrado que o risco de dano para a saúde bucal é grande, pois o organismo se encontra em processo acelerado de crescimento, tem pequena resistência e as carências nutricionais e os agravos físicos e infecciosos podem ter maior impacto. Medidas preventivas podem ser eficazes quando implementadas nessa fase (DYTZ, 1998).

A preocupação com os cuidados odontológicos em crianças de baixa idade não é nova, mas sua prática sim (WALTER *et al*, 1996.). Atualmente, a American Academy of Pediatric Dentistry especifica, como ideal, o aconselhamento pré-natal aos pais e recomenda que a primeira visita para avaliação bucal da criança deva ocorrer em torno do sexto mês de vida, com a erupção do primeiro dente, não ultrapassando o primeiro ano de idade, ainda que a American Academy of Pediatrics indique a idade de três anos (TINANOFF *et al*, 1998). Este ensaio focaliza conceitos e práticas para a saúde bucal, com o propósito de instrumentalizar os profissionais, membros da equipe Saúde da família, assim como outros envolvidos no cuidado da criança, para conduzir o binômio mãe/filho neste campo. Há, nos dias correntes, razões para que o cuidado odontológico comece precocemente, a fim de possibilitar melhor saúde bucal e melhor condição de vida à criança.

Devido a isso, a relação binômio “mamãe-bebê” é de grande importância desde o primeiro momento da gestação, assim como no período puerpério, já que com a prevenção iniciada na gravidez o bebê terá uma melhor qualidade de vida, podendo-se livrar de cáries e outros males bucais, mesmo que ainda não tenha nascido o primeiro dente.

3.2. Cuidados da saúde bucal do bebê, lactente e da criança

Os cuidados com a higiene bucal devem começar a partir do nascimento do bebê. No recém-nascido, a limpeza deve ser feita com uma gaze ou fralda umedecida em água limpa para remover os resíduos de leite. A higiene bucal deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, pela manhã e principalmente à noite, após a última mamada, mesmo antes da erupção dental.

Com o nascimento dos primeiros dentes (por volta dos seis meses), a fralda deve ser substituída por uma dedeira. Aos 18 meses, com o nascimento dos primeiros molares decíduos, a higiene deverá ser realizada com uma escova dental infantil sem creme dental ou com um creme dental sem flúor. Até por volta dos seis anos, a criança não possui habilidade manual para escovar os dentes com propriedade e deve ser supervisionada diariamente por um adulto.

O creme dental fluoretado só deverá ser utilizado a partir dos dois ou três anos de idade, quando a criança souber cuspir completamente o seu excesso. O flúor é um componente químico que promove o fortalecimento do esmalte e é, assim, capaz de reduzir significativamente a cárie. Ele está presente em alimentos, na água das redes de abastecimento de muitos municípios, em algumas áreas comercializadas, e na maioria das pastas dentais (CORRÊA, 2005).

A suplementação de flúor por meio de gotas ou comprimido tornou-se supérflua para crianças e gestantes nos locais onde a água é fluoretada. A suplementação pode determinar superdosagem e ocasionar a fluorose dentária (CORRÊA, 2005). Essa alteração resulta de um distúrbio que ocorre durante a formação do dente, devido à ingestão excessiva e crônica de flúor. Os dentes mostram um esmalte opaco com manchas de coloração que variam do branco opaco ao marrom escuro, além de áreas hipoplásicas de erosão, fatores que comprometem a estética (OLIVEIRA *et al*, 2001).

Outro aspecto e cuidado que devemos ter com o recém-nascido é uma boa amamentação, pois ela é fundamental para a saúde bucal do bebê e prevenção de alterações bucais indesejadas. Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular durante a sucção do seio, favorece a respiração nasal e ajuda na prevenção de problemas de posicionamento incorreto dos dentes e estruturas faciais.

É consenso que a amamentação favorece a mãe, desde a recuperação no pós-parto, e o recém-nascido, como fonte nutricional e reforço da imunidade contra doenças infecciosas e

alérgicas. Ao final, a amamentação determina redução da mortalidade infantil e melhora as condições emocionais da criança, mediante o contato próximo e estabelecimento de maior vínculo entre mãe e filho. Por esses motivos, o Ministério da Saúde, a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomendam o aleitamento exclusivo até os seis meses, e associado a outros alimentos até os dois anos de idade ou mais, se possível.

A interrupção precoce da amamentação pode gerar necessidades insatisfeitas de sucção, propicia a aquisição de hábitos nocivos à saúde e pode causar desequilíbrio dos processos citados, assim como má oclusão dentária (BITTENCOURT *et al*, 2001).

A maioria dos bicos artificiais de mamadeira e chupeta utilizados não se molda à cavidade bucal e não conduz ao exercício necessário para o desenvolvimento do sistema estomatognático do lactente (MELO *et al*, 2000). Quando o aleitamento artificial for inevitável, indica-se o uso de mamadeira com bico ortodôntico e furo pequeno, mas que possibilite o gotejamento. O tamanho do bico precisa ser compatível com a idade e compleição do lactente (CORRÊA *et al*, 2005). Os hábitos de colocar o lactente para dormir mamando e o de alimentá-lo no meio da noite, seja ao seio ou na mamadeira, predis põem o aparecimento de cárie. Isso se deve à estagnação do leite (adoçado ou não) sobre os dentes, associada à redução do fluxo salivar durante o sono, que propiciam um meio de cultura ideal para a proliferação de bactérias. Isso causa a desmineralização do esmalte do dente de forma contínua (WALTER *et al*, 1996). Com a erupção do primeiro dente por volta do sexto mês de vida, recomenda-se remover as mamadas, peito ou mamadeira, no meio da noite, ou então, que se proceda à higiene bucal após essas práticas.

A criança que é amamentada tem menor risco de ter alergias, infecções gastrintestinais, infecções urinárias, infecções respiratórias, incluindo pneumonias, bacteremias, otites, além de reduzir a frequência de algumas doenças crônicas (CUNNINGHAM *et al*.9, 1991; MONDAL *et al*.19, 1996).

Quanto à erupção dentária, ela surge entre o sexto e o trigésimo mês de vida, quando a gengiva se apresenta abaulada, com leve inchaço, evidenciando as coroas dentárias, que estão próximas de irromperem na cavidade bucal (CORRÊA *et al*, 2005). A ocorrência de sintomatologia durante a erupção dos dentes decíduos gera controvérsias entre autores sobre a causalidade ou era concomitância. Há uma variedade de sinais e sintomas associados à erupção dentária: dor, sialorréia, irritação gengival, febre, sono intranquilo, diarreia, perda do apetite e irritabilidade (CORRÊA *et al*, 2005; MEDEIROS, 1993).

A maior parte dos autores não associa a sintomatologia à erupção dentária. OTTLEY, 2002 atribui a febre e a infecção, simultâneas à erupção de dentes decíduos, ao fato de o lactente entre seis e 12 meses de idade apresentar queda da imunidade humoral, com maior vulnerabilidade à infecção. Os transtornos intestinais têm sido atribuídos tanto à alteração na dieta devido ao desmame, como à contaminação por sucção digital dessa fase. (BENGTSON *et al*, 1994), diz que o estresse da criança em função do desmame também poderia ocasionar alterações na fisiologia normal do intestino. De outra forma, alguns atribuem os sinais e sintomas clínicos concomitantes à erupção dentária a uma suposta reação de hipersensibilidade, provocada pela IgE ao redor do dente em erupção.

A erupção dentária é um processo fisiológico; portanto, os sintomas citados geralmente não são intensos e logo desaparecem. Assim, os pais devem ser orientados sobre a cronologia da erupção e os possíveis sintomas. Em caso de sintomas exacerbados, é recomendado que os pais procurem o médico. Mesmo quando esses distúrbios ocorrem coincidentemente à erupção dentária, geralmente tem outra causa como a febre originada de infecção de vias aéreas, gastrintestinal ou uma das viroses exantemáticas, e não devem ser confundidos com manifestações da erupção dentária. Febres superiores a 38°C não estão relacionadas à erupção dentária (CORRÊA *et al*, 2005).

A cárie dentária é a afecção mais comum na criança, sendo cinco vezes mais freqüente que a asma, a segunda doença com maior prevalência (BRASIL, 2004d); tem causa infecciosa e origem multifatorial. Em crianças de baixa idade é mais conhecida, no Brasil, como cárie de mamadeira ou cárie de amamentação.

Essa doença caracteriza-se como um tipo peculiar de cárie de desenvolvimento rápido, que afeta a dentição decídua e pode levar à dor, infecção e perda precoce do elemento dentário. Em estágios avançados, pode ocasionar sérias disfunções, seja na mastigação, fonação, respiração e/ou articulação, causando danos para a saúde geral da criança (MEDEIROS, 1993).

A prevenção deve levar em conta os mecanismos biológicos relacionados à cariogênese, que são, basicamente, os mesmos para todos os tipos de cáries, isto é, a fermentação do carboidrato por bactérias cariogênicas da placa (biofilme), que produz ácidos que atuam sobre a superfície do esmalte do dente e determinam lesões. Essas lesões de cáries se desenvolvem progressivamente em velocidade variável, de forma dinâmica (SEOW, 1998).

Os incisivos superiores são os mais afetados pela doença, pois são os primeiros a irromper na cavidade bucal e estão mais expostos ao meio, envolvidos no processo de iniciação e progressão da doença. A exposição da cárie provoca conseqüências também para a

aparência e auto-estima da criança (MILNES, 1996). Ao exame local, a cárie tem início como uma mancha branca na superfície do dente, que constitui o primeiro sinal da atividade das bactérias. É importante o reconhecimento precoce, pois, nos estágios iniciais, as lesões (manchas brancas) podem ser remineralizadas com fluoroterapia, voltando o esmalte a ser sadio (CORRÊA *et al*, 2005).

Outro aspecto do recém-nascido são os hábitos deletérios à saúde bucal. Os mais comuns são a sucção do dedo ou chupeta, a onicofagia e a prática de morder objetos (MARTINS *et al*, 2003). A sucção da chupeta é o hábito oral sem finalidade nutritiva mais freqüente, utilizada por cerca de $\frac{3}{4}$ das crianças nos dois primeiros anos de vida, com grande redução a seguir. Tal hábito pode determinar má-oclusão dentária de tipo e intensidade variáveis: depende da freqüência do hábito, do período de tempo e da força aplicada durante a sucção, além da resistência alveolar e do padrão dentofacial inerente à criança. A maioria das alterações provocadas pela chupeta pode ser corrigida espontaneamente, desde que o hábito seja interrompido por volta dos quatro anos de idade (MARTINS *et al*, 2003).

Segundo (CORRÊA *et al*, 2005) indicam, no caso de uso de chupetas, que elas sejam ortodônticas e sem argolas, para não serem penduradas na roupa das crianças; de preferência de silicone, para permitir fácil higienização, e que tenham tamanho adequado à boca da criança.

Recomendam que a remoção do uso da chupeta seja feita antes dos dois anos de idade. No entanto, é preciso observar o momento de vida da criança, pois em situações favoráveis é possível negociar o tempo e a freqüência diária do uso da chupeta. Sempre que houver capacidade de entendimento por parte da criança, deve-se explicar o motivo para a retirada do hábito. Várias alterações no sistema estomatognático podem ocorrer em função de hábitos bucais deletérios, como a sucção do dedo ou de chupeta e a prática de morder objetos: retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, mordida aberta anterior, musculatura labial superior hipotônica, musculatura labial inferior hipertônica, hipoplasia do palato, interposição de língua, atresia do arco superior e respiração bucal (MORESCA *et al*, 1992).

Quanto aos medicamentos pediátricos, são sempre prescritos na forma líquida e na sua fórmula inclui sacarose, com o propósito de tornar o sabor mais agradável. Evidências, com base clínica e experimental, mostram significativa associação entre a ingestão de medicamentos à base de sacarose e a incidência aumentada de cárie dentária. Isso acontece, principalmente, em crianças que apresentam doenças crônicas e, geralmente, fazem uso desses medicamentos em esquema de administrações repetidas e por longo período de tempo (SILVA E SANTOS, 1994).

Assim, sempre que possível, as medicações com açúcar devem ser oferecidas à criança durante as refeições principais, e não entre as refeições ou à noite. Caso isso não seja possível, é preciso proceder à higienização bucal após a administração desses medicamentos. Recomenda-se, ainda, que medicamentos com açúcar sejam rotulados adequadamente.

E por fim, um aspecto importante para a criança é a sua dieta, importantíssima para a saúde bucal, especialmente na cariogênese. A cariogenicidade dos alimentos é, entretanto, somente um entre vários componentes que podem determinar a atividade de cárie de um indivíduo. O carboidrato, importante componente da dieta humana, tem recebido por parte da comunidade científica odontológica grande atenção no que diz respeito a seu papel como substrato para a microbiota bucal. Dentre os carboidratos fermentáveis, a sacarose tem sido universalmente indicada como a mais cariogênica, sendo também o açúcar mais presente na dieta familiar em quase todo o mundo.

O leite é à base da alimentação de quase todas as crianças até os dois anos de idade, com importante papel mesmo após essa idade. Em relação ao potencial cariogênico, o leite humano possui maior concentração de lactose e menor de mineral e proteína do que o leite bovino. Essas características conferem maior cariogenicidade do leite materno quando comparado ao leite bovino utilizado sem adição de açúcares (BEZERRA E TOLEDO, 1999).

Contudo, freqüentemente o leite bovino é fornecido à criança com adição de sacarose, o que o torna muito mais cariogênico (WALTER, 1996). Há 50 anos, apenas o uso de dissacáride na alimentação de crianças era abordado na literatura especializada. Embora a sacarose seja indubitavelmente o mais importante fator da dieta, na etiologia da cárie, há uma crescente variedade de outros carboidratos fermentáveis na dieta, inclusive alimentos processados que contêm amido, glicose e maltodextrina (polímero da glicose). Os polímeros de glicose têm sido usados para aumentar o conteúdo energético dos alimentos, e são encontrados em bebidas e alimentos doces, e fórmulas para lactentes. Embora esses açúcares possam sofrer fermentação, o potencial cariogênico em humanos não está comprovado.

A consistência dos alimentos, a freqüência na ingestão e o período em que permanecem na boca são de grande importância na determinação da sua cariogenicidade. A escovação logo após as refeições ou mamadas é indicada, pois ajuda a diminuir o tempo de permanência dos alimentos na cavidade bucal, reduzindo o processo de cariogênese.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revisão bibliográfica deste trabalho, podemos avaliar que a gestante requer atenção odontológica especial devido às alterações que ocorrem no período gravídico. É de fundamental importância o papel do cirurgião-dentista, realizando tratamento curativo quando necessário, avaliando riscos à saúde bucal, prevenindo hábitos orais inadequados e doenças bucais, reforçando conceitos sobre a importância do aleitamento materno e uma alimentação saudável, efetivando sua participação no pré-natal multiprofissional.

A desmistificação do atendimento odontológico como causador de risco para a gestante e o bebê é o primeiro passo para melhorar a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico. É de extrema importância a transferência de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda a equipe de pré-natal, uniformizando conceitos sobre o atendimento odontológico na gravidez.

A Educação em Saúde deve ser de forma continuada, atender a necessidade de saúde bucal da gestante, considerando sempre o ambiente, fatores econômicos, sociais e culturais, tornando-se um poderoso instrumento utilizado como estratégia na Promoção de Saúde.

A Promoção em Saúde Bucal no pré-natal deve ser considerada como parte da Saúde Integral da gestante e do bebê, minimizando a transmissão de microorganismos bucais patogênicos, visando à transformação da gestante em agente educador, e uma atenção precoce à saúde das futuras gerações.

A estratégia de Saúde da Família se constitui um grande desafio de conquista da sociedade rumo ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, à Saúde Bucal Coletiva e à consolidação do SUS.

Os temas e posturas sumarizados no presente trabalho devem ser assimilados, discutidos e avaliados junto às famílias assistidas por todas as classes de profissionais participantes do PSF. Conceitualmente, a saúde bucal constitui um campo de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Assim, os temas aqui apontados devem fazer parte da rotina de trabalho de todos os membros da equipe.

O contato, logo após o nascimento da criança, ou preferentemente durante o pré-natal, entre membros da equipe do PSF e pais representa uma oportunidade para estimular escolhas saudáveis, com a discussão de: momento da primeira visita ao cirurgião-dentista, erupção dental, cárie dentária, uso de medicamentos pediátricos, práticas de amamentação, dieta, hábitos deletérios, uso sistemático de flúor e higiene bucal.

Os profissionais das diversas áreas geralmente cristalizam, por meio da divisão técnica do trabalho, um afastamento daquilo que julgam não ser de sua competência. Assim, aprisionam o campo do cuidado em uma atividade marcada pelo individualismo e pelo fracionamento dos atos terapêuticos. Os profissionais do serviço de saúde devem, também para a saúde bucal, atuar sob uma concepção ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade, e a promoção da saúde seja o objetivo central.

Assim, de acordo com o objetivo proposto no trabalho podemos perceber que a abordagem do binômio “mamãe-bebê” é de grande importância desde o 1º mês gestacional até o período puerperal, já que com todos os cuidados da mãe e da equipe da Saúde da Família, o recém-nascido poderá ter uma melhor dentição desde o primeiro dia de vida, além de ajudar a mãe na amamentação.

Podemos concluir que, com a intervenção do cirurgião dentista juntamente com a equipe da estratégia Saúde da Família, juntos poderão trabalhar para a construção de planos de ação que envolva a promoção de saúde para a abordagem do binômio, além disso, fazer com que a população local veja a saúde bucal não apenas curativa, mas sim uma saúde bucal preventiva.

REFERÊNCIAS

AHOVUO-SALORANTA, A. *et al.* **Pit and fissure sealants for preventig dental decay in the permanent teeth of children and adolescents (Cochrane Review)**. The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

ALBUQUERQUE, OMR; ABEGG, C; RODRIGUES CS. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20 (3):786-796.

BENGTSON AL, BENGTSON NG. **Diarréia e febre associadas ao irrompimento de dentes decíduos**. *Ver Assoc Paul Cir Dent* 1994; 48-1271-5.

BEZERRA ACB, TOLEDO OA. Nutrição, dieta e cárie. In: Kriger L, editor. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 45-67.

BITTENCOURT LP, MODESTO A, BASTOS EPS. **Influência do aleitamento sobre a freqüência dos hábitos de sucção**. *Rev. Bras. Odontol.* 2001; 58: 191-3.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal**. Brasília, 2007.

CORRÊA MSNP, DISEENHA RMS, WEFFORT SYK. **Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientação**. São Paulo: Santos; 2005.

COSTA ICC, SALIBA O, MOREIRA AS. **Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista paciente: representações sociais dessa interação**. *Rev Pos Grad* 2002; 9(3): 232-243.

CUNNINGHAM AS, JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. **Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review.** J Pediatr 1991 May; 118 (5): 659-66.

DUARTE, C.A. **Transmissibilidade da microbiota bucal em humanos: repercussão sobre o dente e o periodonto - revisão da literatura.** Rev Period 1995; jan/ jun: 211-6.

DYTZ J. **O modo de vida da mãe e a saúde infantil: estudo realizado no Distrito Federal.** [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.

FONSECA, P. T. **Gravidez e lactação.** Dietas e Cuidados. Petrópolis: Vozes, 1987. 148 p.

FUNDAÇÃO ZERBINI – PSF. **Projeto de Atenção materno-infantil.** São Paulo, 2001.

IUSEM, R. **Necessidade do tratamento odontológico em gestantes.** Sel Odontol 1949; 4(16): 28-31. Queiroz SMPL. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. Rev. CRO Paraná 2005; 11(51): 8-9.

KAHHALE, S. Repercussões clínicas das adaptações do organismo materno. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1994. p.55-63.

KONISHI F, LIMA PA. **Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento.** Rev Bras Odontol 2002; 59 (5): 294-295.

MARINHO, V. C. C. *et al.* **Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review).** The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

MARTINS RJ, GARBIN AJI, GARBIN CAS, MOIMAZ SAS. **Chupeta: amiga ou inimiga.** Rev. Ass. Paul Cir. Dent. 2003; 57:32-5.

MCLEOD, D.E. **A practical approach to the diagnosis and treatment of periodontal disease.** JADA: vol. 131, n. 4, p. 483-491, 2000.

MEDEIROS UV. **Atenção odontológica para bebês.** Rev. Paul Odontol. 1993; 6:18-27.

MELO SANTOS L, FORTE FDS, BOSCO VL, ROCHA MJC. **Aleitamento materno e cárie dental.** Rev. Fac Odonto UFBA 2000; 20:34-6.

MILNES AR. Description and epidemiology of nursing caries. J Public Health Dent 1996; 56:38-50.

MONDAL SK, SEN GUPTA PG, GUPTA DN, GHOSH S, SIKDER SN, RAJENDRAN K, ET AL. **Ocurrence of diarrhoeal diseases in relation to infant feeding practices in a rural community in West Bengal, India.** Acta Paediatr 1996; 85: 1159-62.

MORESCA, C.A; FERES, M.A. HÁBITOS VICIOSOS BUCAIS. In: Petrelli E, editor. **Ortodontia para fonoaudiologia.** Curitiba: Lovise; 1992. p.164-76.

MOSS, S. J. **Crescendo sem cárie:** um guia preventivo para dentistas e pais. São Paulo: Quintessence, 1996. 148p.

NASCIMENTO, Z. C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. **ROBRAC**, Goiânia, v. 6, n. 20, p. 27-31, 1996.

OLIVEIRA, M. A. M. de. **Atendimento odontológico na gravidez.** Considerações Clínicas e Emprego de Medicamentos. 1. ed. São Paulo: Santos, 1990.

OLIVEIRA MJL, PAIVA SM, MARTINS LHPM, PORDEUS IA. **Uso precoce dos dentifrícios fluoretados e risco de fluorose dentária.** Arq. Odontol. 2001; 37:189-98.

OTTLEY, C. **Improving children's dental health.** J Fam Health Care 2002; 12:122-5.

QUEIROZ, SMPL. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. **Rev. CRO Paraná** 2005; 11(51):8-9.

ROMERO, R.D. Granuloma gravídico: reporte de un caso. **Rev ADM** 1988; 45:317-20.

ROMERO, R.D; SANCHES C.M. Los odontologos educan a sus pacientes? **Rev ADM** 1988; 45:317-20.

SALKIN, L.M. A look at the PSR impact on one dental practice. **J Am Dent Assoc** 1993; 124:230-2.

SÃO PAULO. Secretária Municipal da Saúde de São Paulo. COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE (CODEPPS) - ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL. **Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal - Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero)**. São Paulo, 2007.

SÃO PAULO. Secretária Municipal da Saúde de São Paulo. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/nascendo_cresce_viv.pdf. Acesso em: 03 Nov. 2009.

SEOW WK. **Biological mechanisms of early childhood caries**. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26 (suppl 1):8-27.

SILVA SMB, SANTOS CF. **Medicamentos pediátricos e risco de cárie: uma revisão**. Rev. Fac. Odont. 1994; 2:15-21.

TINANOFF N, KASTE LM, CORBIN SB. Early childhood caries: a positive beginning. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26 (Suppl 1): 117-9.

WALTER LRF, FERELLE A, ISSAO M. **Odontologia para o bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.