



19 a 21 de agosto de 2015 Porto de Galinhas - PE

CONCEITOS ATUAIS EM ODONTOPEIATRIA



RELATÓRIO SIMPÓSIO: "PORQUE CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS AINDA TEM CÁRIE NO BRASIL"

Promoção: Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS/Ministério da Saúde – 25º Congresso Brasileiro de Odontopediatria – Aliança para um Futuro Livre de Cárie

Objetivo:

O objetivo do Simpósio: elaborar medidas e ações com o objetivo de reduzir a cárie dentária nesta fase de idade junto ao Ministério da Saúde.

APRESENTADORES:

Prof. Gilberto Pucca Jr
Prof. Petrônio Martinelli
Prof. Carlos Alberto Feldens
Prof. Paulo César B. Rédua

COORDENAÇÃO:

Prof. Paulo César B. Rédua

ATIVADORES:

Prof. Jaime Cury
Prof. Paulo Kramer

RELATOR:

Prof. Luís Fernando Medeiros

APRESENTAÇÕES DOS SIMPOSIAS

Prof. Gilberto Pucca – Resultado da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB 2010 – Crianças até 5 anos

O Prof. Gilberto Pucca comentou que durante anos a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde no país e para mudar este quadro em 2003 o Ministério lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente) o qual constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, sendo esta política coerente com os princípios do SUS, lembrando que este fato é extremamente recente e que em termos de impacto a mesma ainda está na maternidade. As principais linhas de ação do programa foram a reorganização da atenção básica em saúde bucal com a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada com a implantação dos Centros de Atenção Especializada (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, trabalhando também com a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público, segundo Pucca no Brasil hoje a cada dia mais 15.000 pessoas acordam com água fluoretada em suas torneiras, sendo este é o programa de expansão de fluoretação de água de maior velocidade no mundo.

Hoje o Brasil conta com 24.000 equipes de saúde bucal na ESF estando presente em 90% dos municípios brasileiros com uma cobertura de 42% da população brasileira.

Em relação a situação da cárie dentária no país afirmou que poucos levantamentos epidemiológicos foram realizados no país nas décadas passadas e não utilizaram a mesma metodologia, o que vem sendo corrigido a partir do levantamento de 2003 e 2010. Os dados disponíveis mostram que o CPO-D aos 12 anos no Brasil eram os seguintes:

1986 = 6,95

1996 = 3,06

2003 = 2,78

2010 = 2,07

Comentou que partir do resultado do levantamento de 2010 o Brasil passou a ser considerado pelos critérios da Organização Mundial de Saúde um país com baixa prevalência de cárie, mas que este fato não significa que o problema esteja resolvido e sim indica que o Brasil está no caminho certo. Quanto ao índice de cárie em dentes decíduos (ceo) o Brasil apresentava: 2003 = 2,8 e 2010 = 2,4 considerada uma redução significativa pelo curto período entre os 2 levantamentos. Mas apesar desta redução identificou-se que o maior componente era de dentes cariados não tratados (80%) mostrando que as crianças de menor idade não estão tendo acesso aos serviços e outro fato que chama a atenção é que as crianças chegam na Atenção Básica com quadros agudos da doença cárie o que faz com que a mesma não consiga dar conta da solução do problema. Pucca concorda que se deve discutir a inclusão da especialidade de Odontopediatria junto aos CEOs e que as ações clínicas individuais não impactam na redução do ceo aos 5 anos.

Sugeriu que se aumente a discussão na busca de melhor acesso desta população aos serviços, busque-se uma melhor orientação aos cuidadores e a construção de ações dentro da lógica da integralidade e intersetorialidade como, por exemplo, trabalhar em conjunto com a Rede Cegonha a qual prevê no mínimo 1 consulta odontológica à gestante e 100% das crianças com 2 consultas odontológica/ano de 0 a 24 meses. Comentou Pucca que o Ministério da Saúde em parceria com a Associação Brasileira de Odontopediatria revisou a Caderneta de Saúde da Criança no que se refere a Saúde Bucal devendo esta caderneta estar disponível a população em 2016.

Prof. Petrônio Martinelli – O papel da fluoretação da água de abastecimento público na redução da cárie em menores de 5 anos de idade

Dentro de sua explanação Martinelli lembrou que desde a década de quarenta, através de estudos realizados nos Estados Unidos, sabe-se que a adição de flúor na água de abastecimento contribui na redução de cárie dentária, sendo o mecanismo mais eficaz, efetivo e eficiente na prevenção da mesma e que estudos nos apontam que com a fluoretação da água de abastecimento a redução de cárie pode chegar a 50%, a um custo relativamente baixo e beneficiando mais as pessoas que mais precisam.

Comentou que trabalho realizado por Ângelo Roncalli, tendo como fonte municípios que participaram da amostra do levantamento epidemiológico SB 2003, mostrou que nos municípios que apresentam água fluoretada as crianças com 5 anos têm em média um dente a menos atingido pela cárie, repetindo-se também esta diferença proporcional na idade de 12 anos: Municípios com água fluoretada crianças com 5 anos: ceod 2,52 // Municípios sem água fluoretada crianças com 5 anos: ceod 3,57.

Também afirmou que a Fluoretação da água de abastecimento é consenso no meio acadêmico sendo recomendada por mais de 150 organizações de ciências e saúde.

Relatou que temos no Brasil uma história de 62 anos de fluoretação da água de abastecimento sendo Baixo Guandu (ES) o primeiro município a implantar a fluoretação em 1953. O Ministério da Saúde tem um manual que nos orienta como realizar a fluoretação da água de abastecimento, como utilizar o flúor tópico e o flúor via creme dental. E do ponto de vista legal a fluoretação é uma exigência desde 1974 através da Lei Federal 6050 reiterada pelo Decreto 76.872 de 22/12/75 e Portaria do Ministério da Saúde 635 de 26/12/75, mas apesar de terem se passado 40 anos destas publicações vários Estados ainda não adotaram a fluoretação da água de abastecimento. Sendo a fluoretação da água de abastecimento também recomendada pela Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (Brasil Sorridente).

Mostrou que a Pesquisa Nacional de Saneamento do IBGE (2000) aponta a situação de cobertura a nível nacional sendo fato que as regiões norte e nordeste mostram os piores percentuais de cobertura e que se tem hoje uma imprecisão muito grande sobre qual a efetiva cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil, algo que começa agora a ser desvendado pelo projeto Vigiflúor, o qual é um estudo multicêntrico voltado à descrição da cobertura populacional da fluoretação das águas da rede pública de abastecimento em municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes.

Prof. Carlos Feldens – Práticas alimentares na prevenção e controle da cárie dentária na infância

Em sua apresentação Feldens após apresentar dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre mortalidade mundial de crianças com menos de 5 anos comenta que de maneira geral poderíamos dizer que os óbitos de crianças de menos de 5 anos de vida estão relacionados a condições socioeconômicas e de práticas alimentares na gestação e nos primeiros anos de vida.

Comentou que praticamente quase todos os países do mundo já passaram pelo que se chama Transição Nutricional, ou seja, diminuição da desnutrição e fome e aumento do sobrepeso e obesidade. No Brasil Feldens cita um estudo da Universidade Federal do Pernambuco publicado no Caderno de Saúde Pública (2003) mostrando o aumento da obesidade em homens e mulheres nordestinos.

Relatou que a OMS tem procurado determinar quais as causas deste problema e sem dúvida a introdução precoce de alimentos doces está na raiz do problema. A OMS mostra também o papel da indústria do açúcar que através de promoções e ações de marketing do açúcar modificou a introdução de alimentos doces na infância.

Feldens explica que por estes fatos começa a existir um movimento mundial pelos primeiros 1000 dias de vida da criança os quais correspondem aos 270 dias da gestação somados aos 365 dias do primeiro ano de vida mais os 365 dias do segundo ano de vida. Sabe-se que o que o bebê come nestes primeiros 1.000 dias fará a diferença para o seu futuro.

Afirmou que durante a gravidez é fundamental os hábitos alimentares saudáveis e o controle de peso da gestante, se isto não acontecer a consequência pode ser obesidade materna e maior risco de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto cirúrgico, grande peso ao nascer e obesidade infantil, portanto o que a gestante come na gravidez influencia na obesidade infantil. Outra informação apresentada se refere ao resultado de pesquisa realizada em Porto Alegre com crianças nascidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) onde:

- aos 12 meses 45% das crianças apresentavam excesso de peso e 15% obesidade
- entre 6 e 9 meses de idade mais de 70% já tinham consumido açúcar
- aos 12 meses 95% já tinham consumido açúcar
- entre 6- 24 meses – 1 em cada 2 crianças tinham anemia por deficiência de ferro

Lembrou também que os resultados do último levantamento epidemiológico realizado no Brasil mostram que aos 5 anos de idade 53% das crianças já tiveram experiência de cárie.

Comentou que a OMS discute e mostra o quanto problemas de saúde geral e bucal compartilham fatores de risco comuns. Mas o mais importante é que estes fatores são preveníveis.

Citou que existem também trabalhos demonstrando que está reduzindo-se a cárie na dentição decídua mas não na mesma proporção do que na dentição permanente. Um estudo realizado em Canoas (RS) também mostrou que cárie na infância está diminuindo mas não para todos ou seja está claramente marcada a existência de desigualdades, observou-se que crianças filhas de mães com maior escolaridade tiveram redução significativa de cárie o mesmo não ocorrendo em filhas de mães com menor escolaridade.

Questionou sobre o que podemos fazer na prática e responde que orientações de dieta como estratégia única para controlar somente cárie dentária é limitada pois é difícil convencer gestores a implantar programas específicos apenas para controlar cárie dentária, sendo a única alternativa o combate a fatores de risco comuns a diferentes doenças.

Relatou que a OMS lançou em 2015 o guia de consumo de açúcar para adultos e crianças e que neste guia a OMS afirma que as doenças não transmissíveis são as maiores responsáveis por mortes (quase 70% dos óbitos no mundo em 2012). Entre os benefícios de se controlar a ingestão diária de açúcares estão a melhoria do controle do peso corporal, prevenção do sobrepeso e obesidade, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em especial o diabetes e a diminuição de cáries dentária. A recomendação atual é de que o consumo diário de açúcar não ultrapasse 10% das calorias ingeridas diariamente, em uma dieta saudável. Maiores benefícios à saúde podem ser alcançados se o consumo diário de açúcar for reduzido para 5% das calorias ingeridas (ou cerca de 25g de açúcar por dia).

Mostrou que a última Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares realizada no ano de 2008/09 pelo IBGE apontou que boa parte dos açúcares consumidos pela população brasileira está "escondido" em alimentos ultraprocessados, como refeições prontas, temperos, sucos industrializados e refrigerantes.

Também comentou que outro questionamento que se faz é se restringir açúcar no início da vida reduz cárie. Então mostrou que estudo feito em Porto Alegre demonstrou que crianças

que aos 6 meses tiveram um consumo com muitos itens com açúcar, ou seja, introdução precoce da sacarose, tiveram mais cárie aos 3 anos de idade e outra conclusão foi que padrões dietéticos na infância caracterizados pelo maior número de alimentos doces consumidos estiveram associados com maior incidência de cárie anos depois. Hipóteses:

- 1- a infância é um período crítico em que as experiências de diferentes alimentos e gostos influenciam fortemente futuras preferências alimentares e comportamentais;
- 2- padrões de dietas parecem influenciar a colonização de bactérias relacionadas à cárie dentária.

Portanto deve-se procurar reduzir ou atrasar o contato da criança com alimentos doces, mesmo que o consumo não possa ser totalmente eliminado. Assim a proposta é: "Açúcar não antes dos 2 anos de idade"

Em um estudo realizado em São Leopoldo (RS) onde se observou a aplicação dos 10 passos para a alimentação saudável e os efeitos sobre a saúde bucal das crianças, viu-se que com um ano de idade reduziu-se quase 50% a cárie precoce da infância e aos 4 anos de idade esta redução chegou a 1/3 das crianças.

Comentou que, entretanto existem barreiras: Mães não seguem todas as orientações. Portanto devem-se transmitir informações simples e factíveis as quais as mães entendam de maneira mais fácil como:

- Retardar introdução do açúcar
- Evitar doces, refrigerantes, mel.
- Maiores intervalos entre as refeições

Reafirmou o que é sabido por todos: "É muito mais fácil introduzir uma prática saudável do que modificar uma prática interiorizada"

Citou que foi realizado um trabalho com profissionais de Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre onde os mesmos deveriam orientar sobre dieta com açúcar no primeiro ano de vida. Conseguiram uma redução em relação a atrasar a introdução de açúcar, bolachas, gelatina, danoninho, refrigerantes e de chocolate. Entretanto a redução de cárie só foi significativa naquelas mães que iam sempre na mesma Unidade de Saúde.

Em outro estudo tentou-se responder se as mães de menor condições socioeconômicas oferecem mais doce aos seus filhos porque são mais baratos do que alimentos saudáveis. Concluiu-se que para manter um filho livre de cárie não é necessário gastar mais com alimentos saudáveis e que mães de menor condições socioeconômicas usavam o doce como alimento adicional.

Explicou que a Fundação Mundial para Pesquisa do Câncer descreve os 4 A's que influenciam o consumo de açúcar como sendo:

- Disponibilidade (available)
- Acessibilidade - preço (affordable)
- Aceitabilidade (acceptable)
- Estar ciente da presença (aware)

Feldens traduz as medidas para atuar sobre os 4 A's como:

- 1) Reduzir a disponibilidade de produtos açucarados nas escolas - Reduzir a disponibilidade de produtos açucarados nas prateleiras dos supermercados
- 2) Aumentar o preço das bebidas doces e em pó
- 3) Aumentar a aceitabilidade de frutas e vegetais em relação aos doces - Aumentar a aceitabilidade da água em relação a refrigerantes
- 4) Dar-se conta do açúcar presente nos alimentos

Em suas considerações finais recomenda:

- Não introduzir açúcar antes dos 2 anos de idade (por ser simples factível e não representar gastos adicionais às famílias)
- Uso de dentifrício fluoretado com no mínimo 1.100 ppm após a erupção do primeiro dente decíduo.
- Consulta com odontopediatra no primeiro ano de vida

Prof. Paulo Rédua – Ações da aliança para o futuro livre da cárie (ACFF) para colaborar com a diminuição da prevalência de cárie em crianças com menos de 5 anos de idade

Iniciou sua apresentação justificando a ausência do Prof. Marcelo Bonecker e explicou que a Aliança para um Futuro Livre de Cárie é a união de um grupo mundial de experts para promover ações clínicas e de saúde pública integradas, a fim de impedir a instalação e progressão da cárie, com o intuito de avançar para um Futuro Livre de Cárie em todas as faixas etárias da população. São membros da Aliança: King's College London, Global Child

Dental Fund e Colgate

Comentou que quadro epidemiológico brasileiro aponta desigualdades na prevalência de cárie dentária, tanto a nível macro regional quanto a nível local. Regiões de pobreza dentro de uma mesma cidade apresentam uma maior prevalência de cárie, demonstrando a importância do fator social envolvido com a doença, relacionando ao acesso a educação e as estratégias para seu controle. Caracterizando a cárie como uma doença biossocial.

Afirmou que o uso de dentifrícios fluoretados para o controle da cárie está embasado em evidências científicas sendo recomendado de forma universal para indivíduos de todas as idades. Programas preventivos baseados no uso de fluoretos devem ser direcionados para regiões e comunidades de risco com carência de acesso a estas estratégias, maximizando desta forma a relação custo/benefício.

Lembrou que Organização Mundial da Saúde preconiza, como objetivo global para a melhoria da saúde bucal, um plano de ação para promoção de saúde como parte da prevenção integrada das doenças da infância. Estes programas devem estar integrados a estratégias já existentes como o Programa da Saúde da Família ou outros programas regionais de educação em saúde bucal, permitindo desta forma a expansão do conhecimento sobre a prevenção da cárie dentária em escala geométrica, nos quais dentistas, técnicos em saúde bucal, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, professores e escolares possam atuar como agentes multiplicadores para o alcance do macro objetivo da Aliança que é um futuro livre de cárie para nossas crianças.

A Aliança para um Futuro Livre de Cárie recomenda:

- 1) Incentivar fluoretação das águas de abastecimento público
- 2) Estimular o uso de creme dental fluoretado a partir da erupção do primeiro dente na frequência e quantidade estabelecida pelo profissional de acordo com o risco de cárie
- 3) Ações educativas: aumentar as ações educativas aos profissionais e junto as comunidades
- ações educativas para as gestantes
- 4) Alimentação no horário correto

“Viver livre de cárie é possível e vale a pena”

PARTICIPAÇÃO DOS ATIVADORES

Ativador: Prof. Jaime Cury

Comentou que ficou claro que a cárie dentária só pode ser discutida do ponto de vista de uma integralidade com outras áreas da saúde e particularmente com o fator que une a outras doenças crônicas que é sua relação com o açúcar. Em relação a forma de viabilizar a redução no consumo de açúcar ou discipliná-lo afirmou que sabe-se que está tramitando um Projeto de Lei (PL) no Senado onde todos os fabricantes de produtos que tiverem mais que 5% de açúcar deverão declará-los na embalagem. Cury solicitou que o Prof. Pucca e Prof. Feldens comentassem sobre este projeto de lei.

Prof. Gilberto Pucca

Pucca concordou que esta questão é estratégica, sendo uma questão que a Odontologia e particularmente a Odontopediatria precisa olhar com muita atenção pois este Projeto de Lei do Congresso é uma medida coletiva, não odontológica mas que podemos potencializar.

Considerou que a questão do açúcar como foi colocada não vai impactar apenas na cárie dentária sendo este um gancho importante pois um dos grandes problemas colocado é a obesidade, ou seja é um fator de transversalidade que a odontologia pode ser protagonista, inclusive com projetos de lei. Afirmou que avançamos com relação a ANVISA pois foi possível inserir algumas coisas em relação a rotulagem.

Comentou ainda que os projetos de lei que regulamentam, por exemplo, o consumo de açúcar tem que ser potencializados não apenas na Câmara como no Senado, achando que é uma medida bastante eficiente que projeta ou tira da discussão odontológica e joga para a discussão da transversalidade em saúde, ganhando argumentos, mostrando que a questão não é apenas a cárie dentária, mas também impactante sobre alguns dos principais problemas de saúde pública no Brasil, que são sobrepeso, obesidade e diabetes. Acredita que é uma conversa que pode ser feita intersetorialmente e que só o processo de construção deste tipo de projeto já é importante porque se remete para a sociedade a conversa, acha que isto já mobiliza e que temos que apostar nisto.

Aproveitou a oportunidade já que a discussão se referia a projetos de lei e comentou sobre outro projeto de lei que vem circulando no Congresso Nacional, o qual tenta instituir a não

obrigatoriedade da fluoretação da água de abastecimento público, relatando que ainda tem gente que acha que a fluoretação da água de abastecimento público tem que acabar no Brasil, alertando que temos que ficar atentos a isto.

Prof. Carlos Feldens

Comentou que na verdade tenta-se colocar em prática todas estas diretrizes e que precisamos saber que tudo que mexe com dinheiro e a indústria não é tarefa para amadores, a coisa é profissional, existem resistências e barreiras muito grandes para isto.

Lembrou que um dos 4 A's do Fundo Internacional para a Pesquisa do Câncer é dar-se conta do açúcar e que este dar-se conta também ocorre pela rotulagem dos alimentos e que para quem milita na área da nutrição isto é fundamental.

Ativador: Prof. Paulo Kramer

Em sua fala inicial Kramer comentou que o primeiro questionamento geral é tentar trazer dentro do seguinte ordenamento, política simples, objetiva e compreensível por parte de todos os cirurgiões dentistas, mas que não vê isto muito claro tanto na Aliança para um Futuro sem Cárie como em alguns Cadernos do Ministério da Saúde. Afirma que não vê estas coisas claramente explícitas, existem opiniões favoráveis a fluoretação da água de abastecimento, dentifrício fluoretado, questões da dieta são passadas muito superficialmente e as questões de acesso aos serviços também e que talvez fosse a hora de num conjunto de esforços trabalharmos em prol de coisas bem objetivas, como a questão colocada pelo Prof. Pucca sobre a Rede Cegonha que preconiza 2 consultas odontológicas no primeiro ano de vida. Comentou também que seu grupo de trabalho tem tentado trabalhar com uma postura como esta: consulta odontológica no primeiro ano de vida e acredita que isto tem que ficar mais explícito, aparecer mais.

Lembrou que sobre a questão do dentifrício fluoretado e da utilização do mesmo no primeiro ano de vida parece ainda haver receio de trabalhar uma coisa bem simples que é: Somos a favor disto ou não? Interessa para nós? Temos evidências suficientes para expor de uma maneira clara isto tanto para a população quanto aos cirurgiões dentistas? Afirmou que sente um pouco desta falta de coragem de citarmos algumas coisas importantes.

Após sua argumentação Kramer pergunta ao Prof. Pucca:

A polarização da cárie dentária onde cada vez menos crianças tem cárie dentária mas cada vez de uma maneira mais severa. E estas que tem cáries não são as que têm acesso ao consultório privado e sim aquelas que usam a Unidade Básica de Saúde e invariavelmente o dentista que está lá na ponta não têm condições e preparo para fazer este tipo de atendimento. Talvez não seja o momento dentro destes aspectos de trabalhar a ideia da inclusão da Odontopediatria nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)?

Prof. Gilberto Pucca

Pucca iniciou argumentando que temos 2 eixos fundamentais para continuar trabalhando, a questão de exposição ao flúor e a questão assistencial de forma individual e coletiva ou massiva na sociedade de um modo geral.

Na questão da criança relata que estamos no plano das ações de vigilância e promoção da saúde, e que isto é absolutamente claro. Acredita que se deve aproximar o trabalho do Ministério com a Associação Brasileira de Odontopediatria em termos de condução de políticas públicas, e citou como exemplo de política pública a Rede Cegonha. Confirmando que isto já vem sendo feito lembrando que o Manual do Ministério tem passado pela Associação Brasileira de Odontopediatria, afirmou que este é o caminho: "a gente tem que continuar discutindo isto, a rede Cegonha onde conseguimos colocar esta obrigatoriedade de 2 consultas odontológicas até 24 meses de vida e o segundo é colocar as ações assistenciais". Afirmou que quanto as ações assistenciais a epidemiologia já vem mostrando que precisamos ser mais ousados na Atenção Básica pois aí temos um problema de desassistência, isto é evidente e eu concordo.

Afirma que as equipes de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família tem que ser capacitadas, atualizadas e temos no plano dos profissionais que não estão saindo do aparelho formador brasileiro com este perfil. Então neste campo teremos que reatualizar isto tudo. Não é fácil dentro da perspectiva da Atenção Básica e temos que trazer este acesso para a média complexidade. Comentou que não é somente a questão do manejo, é também do manejo, porque se a criança chega na Atenção Básica, a atenção básica não vai estar preparada para este quadro que está exposto a este público. Então concluiu que acha que o serviço tem que se adequar a esta nova realidade.

Prof. Jaime Cury

Comenta que devemos, em relação ao flúor, ter uma mesma linha de pensamento para não gerar dúvidas. Lembra que o Guia de Recomendações de Fluoretos no Brasil tem muito claramente expostas informações, baseadas em evidências, desde a fluoretação da água de abastecimento ao uso de creme dental fluoretado, mas quando pega-se a Caderneta de Saúde da Criança as recomendações são totalmente ao contrário, e que isto vem gerando muita dúvida. Finaliza dizendo que toda esta discussão é importante e que a integração multiprofissional tem que ocorrer.

Prof. Gilberto Pucca

Em resposta ao comentário do Prof. Jaime, Pucca comunicou que a Caderneta de Saúde da Criança terá uma nova impressão atualizada, com as informações corretas, a partir de 2016.

Prof. Paulo Kramer

Dirigindo-se ao Prof. Petrônio, faz um comentário geral. Da mesma forma as crianças que mais precisam de cuidados assistenciais são as que também não tem acesso a água fluoretada por estarem nas periferias das grandes cidades ou em regiões sem água fluoretada. Lembrando que existem algumas discussões sobre a própria água fluoretada aumentar estas desigualdades no sentido de que aqueles que mais precisam não tem acesso, não só a água fluoretada, mas a água tratada.

E pergunta: Como isto é visto? Como de um modo geral no Norte, Nordeste ou nas cidades menores onde se tem mais doença, menos acesso e menos água fluoretada, de que forma isto é visto ou discutido em relação a distribuição de flúor?

Prof. Petrônio Martinelli

Prof. Petrônio responde que realmente é uma questão que temos que pensar. Citou Carlo Zanetti que já dizia, antes da implantação do SUS, quem tem assistência em Saúde Bucal? Criança de 6 a 12 anos e gestante, mas nem toda criança de 6 a 12 anos tem. Tinha que ser de 6 a 12 anos e estar na escola, mas nem toda criança de 6 a 12 anos que está na escola tem assistência. Tem que ser criança de 6 a 12 anos que está na escola de zona urbana. Então se vai percebendo que se vai fazendo degrades e aí está desigualdade perpassa o Brasil. Comentou que se sabe que a distribuição de renda no Brasil é uma das piores do mundo, e o Brasil caminha na pior das hipóteses para a universalização do ensino básico. Hoje dificilmente você encontra criança fora da escola, caminha-se para uma política de creches.

Concordou com Kramer em relação a população da zona rural, mas comenta que a mesma representa atualmente somente 18% da população brasileira, afirmando que tivemos uma transição rural/urbana acelerada desde os anos 70. Explica que ainda existe esta dificuldade e se pegarmos o Estado de Pernambuco, como exemplo, não é nem desigualdade pois o Estado todo é alijado de água de abastecimento fluoretada. Concluí dizendo: "Se conseguirmos trazer a água fluoretada para as grandes cidades já ficaria extremamente feliz".

Prof. Paulo Kramer

Kramer argumentou, dentro desta perspectiva a impressão que se passa é que vai ter um limite de impacto, e pergunta, depois desde impacto para aquelas que ainda necessitam são outras políticas que vão ter que entrar?

Prof. Petrônio Martinelli

Concordou com Kramer mas comentou são 2 Brasis e que neste Brasil aqui de cima ainda vai causar grandes impactos. Petrônio deu o exemplo da escola dos filhos, uma escola particular do Recife, onde se percebe que as crianças são cárie zero, comentando que em Recife tem grotões e regiões de excelência e que não será só a água fluoretada que fará diferença, mas renda, acesso a creme dental fluoretado entre outras coisas. Finalizou dizendo que ainda é extremamente latente o uso de flúor na água de abastecimento em Pernambuco e mesmo com os problemas de manutenção e constância da água, aqui ainda causa impacto com certeza.

Prof. Paulo Rédua

Em resposta a algumas argumentações anteriormente feitas pelo Prof. Kramer.

Em primeiro lugar relatou que a Associação Brasileira de Odontopediatria foi convidada a fazer parte da Aliança para um Futuro se Cárie e a partir deste convite começou a tomar conhecimento do que era a Aliança. Sobre o site da Aliança pensa que é direcionado para os

cirurgiões dentistas, para os mesmos fazerem consultas, adquirir conhecimentos e colocar em prática o que precisa. Explicou que a Aliança tem ações junto as comunidades e que no próprio Congresso Brasileiro de Odontopediatria, em andamento, houve treinamento de profissionais da saúde pública e que, apesar do site não ser direcionado a população em geral ela pode ter acesso ao mesmo.

Sobre outro assunto abordado por Kramer, comentou que agora chegamos onde precisávamos chegar em relação a utilização do creme dental com flúor a partir da erupção do primeiro dente da criança. Lembrou a Kramer que o mesmo acompanhou que quando ele, Paulo Rédua, assumiu a Associação Brasileira de Odontopediatria enfrentavam o problema de nossos próprios cirurgiões dentistas não aceitarem os bebês e crianças a usarem creme dental fluoretado e que no Congresso Brasileiro de Odontopediatria ocorrido em Jaraguá do Sul (2009) o Prf. Jaime Cury simplificou isto. A partir daí a Associação passou a trabalhar no reforço das orientações e que também a partir do Simpósio ocorrido em Porto Alegre a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) passou a ter em seu site a defesa do uso do creme dental com flúor (1.100 ppms) já a partir da erupção dos primeiros dentes, também acha fantástico que no site da SBP se recomende as gestantes a consultar um dentista e aos pais cuidarem bem se sua saúde bucal para darem exemplo.

Prof. Paulo Rédua

Perguntando ao Prof. Pucca, comenta que como Presidente da Associação Brasileira de Odontopediatria tem viajado pelos estados brasileiros em diversos encontros científicos e sempre lhe perguntam por que é que não tem Odontopediatras nos Centros de Especialidades Odontológicas?

Prof. Gilberto Pucca.

Diz que quando foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) pelo Ministério da Saúde em 2004, por uma questão epidemiológica e por demanda existente por não se ter acesso a média complexidade foram escolhidas 5 áreas clínicas da clínica odontológica (endodontia, periodontia, cirurgia, diagnóstico bucal e pacientes especiais) e o que ele tem repetido em várias oportunidades é que estas áreas não excluem outras, mas como o governo federal foi o protagonista da criação dos CEOs, todos olham o governo como pai. Continua sua resposta comentando que os Estados e municípios não só podem como devem, se num determinado momento tiverem situação epidemiológica e demanda reprimida em relação a odontopediatria, introduzirem esta especialidade em seus CEOs. Afirma que isto é importante que todos saibam principalmente os odontopediatras que isto é um fator de discussão e decisão do município, não podendo ser apenas do Ministério da Saúde e que a discussão de financiamento é uma outra conversa.

Em sua opinião o Ministério também tem que conduzir mais esta condição da odontopediatria mas não é só uma questão da especialidade e sim também de como está se fazendo a leitura das práticas coletivas. Aí sim o CEO tem uma importância clara no fator assistencial mas tem de se observar os 2 fatores.

Finaliza sua resposta dizendo que está na hora de discutirmos de uma maneira mais ampla a presença da Odontopediatria na média complexidade sim.

Prof. Paulo Kramer

Dirigindo-se ao Prof. Feldens faz o seguinte comentário e questionamento:

Acha que outro aspecto que é historicamente mal formulado e abordado dentro da odontopediatria e ultimamente no site ou manuais e protocolos, se refere a questão da dieta. A questão do açúcar ou seja sem açúcar nos 2 primeiros anos de vida.

Gostaria de saber qual deveria ser o posicionamento da Associação Brasileira de Odontopediatria ou como melhor expor as questões relacionadas ao uso de mamadeira e principalmente a questão de amamentação e pergunta: - Devemos seguir as recomendações exatamente com da Organização Mundial da Saúde; até que ponto podemos e devemos trabalhar esta questão de mamadeira e amamentação que são as questões de dieta talvez mais importantes associadas a doença cárie na primeira infância?

Prof. Carlos Feldens

Em sua resposta Prof. Feldens diz que em relação ao aleitamento materno o Ministério da Saúde é muito claro recomendando aleitamento exclusivo até 6 meses de vida e que aleitamento exclusivo significa: sem água, sem chá, sem refrigerante.

Comentou que o difícil na prática é a transição do aleitamento materno para a alimentação

sólida, como está nos 10 passos para a alimentação saudável. A maioria das crianças passa a utilizar alimentos que passam pelo liquidificador ou alimentos processados, as crianças não mastigam mais e esta é uma barreira difícil de ser trabalhada. Além da mamadeira que entra como um destes componentes que deixam as mães mais tranquilas, ou seja, pelo menos seu filho está comendo, está sendo alimentado. Ainda existe a ideia que o leite é um grande alimento e concorda que é sim, no primeiro ano de vida, mas depois é fundamental que a criança coma os outros alimentos: arroz, feijão, carne, frutas, verduras. Mas repete que existe uma barreira muito grande no sentido de modificar.

Afirmou que é por isto que se pensarmos nas doenças gerais e inclusive a cárie dentária, talvez o mais importante seja focar na questão da introdução precoce do açúcar por ser mais fácil de trabalhar do que a questão da mamadeira. Também comentou sobre a questão dos sucos sobre os quais existe a cultura geral de ser um alimento rico nutricionalmente mas que se deveria restringir os horários de uso.

Outro aspecto lembrado foi o de que quem é odontopediatra sabe o quanto se ouve das mães de crianças no seu primeiro ano de vida de que seu filho não toma água, só toma guaraná ou coca cola, e que isto tem haver exatamente com a introdução precoce da sacarose, do açúcar refinado na vida da criança, com todos os aspectos culturais envolvidos.

Por isto em sua opinião devemos centrar na questão do açúcar antes dos 2 anos de idade.

Prof. Paulo Rédua

Questiona o Prof. Pucca sobre atendimento hospitalar: Como levar crianças para atendimento odontológico hospitalar se a maioria dos Estados não possui este serviço?

Prof. Pucca responde que o Ministério da Saúde no ano passado (2014) iniciou a implantação e adaptação de centros cirúrgicos para atendimentos odontológicos e que hoje temos 120 hospitais públicos brasileiros já fazendo este tipo de atendimentos e que adequaram os Centros de Especialidades que receberão 20% a mais por mês se tiverem a garantia de para onde encaminhar pacientes que tenham necessidade de atendimento hospitalar.

Neste momento Prof. Paulo Rédua finaliza os trabalhos do simpósio agradecendo a participação de todos, comentando também que será realizado um relatório a ser encaminhado ao Ministério da Saúde e posterior publicação no site da Associação Brasileira de Odontopediatria.

CONCLUSÕES DO RELATÓRIO

- 1) Está reduzindo-se a cárie na dentição decídua mas não na mesma proporção do que na dentição permanente
- 2) Cada vez menos crianças tem cárie dentária mas cada vez de uma maneira mais severa.
- 3) Está claramente marcada a existência de desigualdades na redução de cárie na dentição decídua em relação a renda familiar e nível de instrução dos pais
- 4) A maior parte das crianças menores de 5 anos que tem cáries não são as que têm acesso ao consultório privado de um odontopediatra.
- 5) As crianças menores de 5 anos não estão tendo acesso aos serviços odontológicos na rede pública de saúde
- 6) As crianças menores de 5 anos chegam na Atenção Básica com quadros agudos da doença cárie
- 7) A Atenção Básica não consegue dar conta do atendimento, solução do problema odontológico e dos quadros agudos de crianças menores de 5 anos.
- 8) Somente as ações clínicas individuais não impactam na redução do ceo aos 5 anos.
- 9) Parece que a maior parte dos dentistas da atenção básica e das equipes de saúde bucal da saúde da família não estão capacitados para atender crianças menores de 5 anos
- 10) Há diferenças regionais na cobertura de água de abastecimento fluoretada sendo fato que as regiões norte e nordeste mostram os piores percentuais de cobertura
- 11) Tem-se hoje uma imprecisão muito grande sobre qual a efetiva cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil
- 12) Uso de dentifrícios fluoretados para o controle da cárie está embasado em evidências científicas sendo recomendado de forma universal para indivíduos de todas as idades e seu uso pode ser feito a partir da erupção do primeiro dente decíduo, na quantidade e frequência indicada pelo profissional de saúde.
- 13) Restringir açúcar no início da vida da criança reduz cárie
- 14) A introdução do açúcar na vida da criança tem ocorrido antes de completar o primeiro ano de vida.

- 15) Entre os benefícios de se controlar a ingestão diária de açúcares estão a melhoria do controle do peso corporal, prevenção do sobrepeso e obesidade, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em especial o diabetes e a diminuição de cáries dentárias.
- 16) A cárie dentária só deve ser discutida do ponto de vista de uma integralidade com outras áreas da saúde e particularmente com o fator que a une a outras doenças crônicas que é sua relação com o açúcar.
- 17) Devem-se transmitir informações simples e factíveis as quais as mães entendam de maneira mais fácil como: Retardar introdução do açúcar, evitar doces, refrigerantes, mel e observar o intervalo entre as refeições.

RECOMENDAÇÕES

- 1) Estimular a não introdução de açúcar antes do segundo ano de vida da criança
- 2) Ampliar ações educativas sobre prevenção de doenças causadas pelo uso precoce do açúcar, incluindo-se a cárie dentária, para profissionais de saúde e comunidade.
- 3) Estimular o uso de creme dental fluoretado a partir da erupção do primeiro dente na frequência e quantidade estabelecida pelo profissional de saúde de acordo com o risco de cárie
- 4) Ampliar o número de municípios com água de abastecimento fluoretada
- 5) Capacitar cirurgiões dentistas da Atenção Básica para atendimento de crianças menores de 5 anos
- 6) Estimular e oportunizar consulta com cirurgião dentista na Atenção Básica no primeiro ano de vida da criança
- 7) Oportunizar a inclusão da especialidade de Odontopediatria junto aos Centros de Especialidades Odontológicas
- 8) Estabelecer parceria com a Associação Brasileira de Odontopediatria para que as recomendações sugeridas sejam efetivamente colocadas em prática