

Integração da pediatria médica e odontológica: uma visão ampliada de promoção de saúde

*Iandira Maria Oliveira Pastor**

*Maria Celina Barreiros Siquara da Rocha***

Resumo

Atualmente, a atenção precoce em Odontopediatria é uma tendência mundial. No entanto, no Brasil, quando se compara o acesso ao odontopediatra com o acesso ao pediatra, constata-se um grande desequilíbrio, visto que, tanto na saúde pública como na particular, os pais costumam levar seus bebês ao pediatra ao longo do primeiro ano de vida como rotina, não acontecendo o mesmo em relação ao odontopediatra. Como resultado, tem-se, na maioria das vezes, atendimentos retardados e atuações postergadas com procedimentos curativos. O presente estudo avalia a integração de odontopediatras e pediatras da cidade do Salvador através de entrevista semi-estruturada, cujos resultados expressam que ela é insatisfatória. A integração entre a Pediatria e a Odontopediatria poderá ajudar a redefinir padrões clássicos de atendimento odontológico às crianças, fazendo-se necessária uma conduta promotora de saúde que, além da prevenção à carie dentária, envolva a supervisão e a orientação do crescimento e do desenvolvimento facial, estimulando um aparelho mastigatório equilibrado sob o ponto de vista morfológico, estético e funcional.

Palavras-chave: Integração. Promoção de saúde. Odontopediatria. Pediatria.

INTRODUÇÃO

A necessidade de uma interdisciplinaridade no âmbito das profissões tem sido frequentemente enfocada na literatura, entretanto a vivência clínica tem demonstrado uma dicotomia entre a teoria e a prática. Para Mosolino e Rodrigues (1994), quando muito, o que existe na prática é uma multidisciplinaridade, ou seja, uma atuação simultânea ou seqüenciada de profissionais, em que cada um contribui com aspectos relacionados à sua formação, porém a relação que se estabelece é fragmentada, com tendência a uma “cristalização do olhar clínico”.

Geralmente, faz-se o encaminhamento entre os profissionais sem, entretanto, estabelecer-se um vínculo na elaboração de um plano de ação conjunta.

Em Odontologia, especialmente em Odontopediatria a prática clínica tem-se voltado essencialmente para atitudes promotoras de saúde, sendo assim de extrema relevância a integração com as demais profissões da área de saúde. A integração da Pediatria Médica e Odontológica, especialmente, ajudará a redefinir padrões clássicos de atendimento odontológico às crianças, uma vez que a atenção precoce em Odontopediatria é uma tendência mundial.

* Professora Adjunta da Disciplina de Odontopediatria. Faculdade de Odontologia. UFBA.
Rua Idelfonso Mesquita, 113 ap 701 Pq. Bela Vista
40.279-270 Salvador Bahia Brasil
E-mail: iandirap@ufba.br

** Professora Titular da Disciplina de Odontopediatria. Faculdade de Odontologia. UFBA.

No entanto, no Brasil, quando se compara o acesso ao odontopediatra e ao pediatra, encontra-se ainda um grande desequilíbrio, visto que, no âmbito da Pediatria, tanto na saúde pública como na privada, os pais levam seus filhos ao longo do primeiro ano de vida, como rotina, ao pediatra, não acontecendo o mesmo em relação ao odontopediatra (BARROSO; MIASATO; GRAÇA, 2001). Como resultado, tem-se, na maioria das vezes, ações de promoção de saúde postergadas e demandas por procedimentos curativos.

A manutenção da saúde bucal da criança nos primeiros anos de vida, entre outras questões de natureza ambiental, social e política, abrange também um conjunto de ações profissionais, nas quais o papel do médico pediatra e do odontopediatra é relevante, como, por exemplo, na socialização do conhecimento para a família sobre: alimentação, práticas de higiene oral, efeitos deletérios da sucção não nutritiva, orientação sobre a importância do desempenho fisiológico das funções oronasais no processo de crescimento e desenvolvimento orofacial, entre outros.

Assim sendo, torna-se importante o conhecimento sobre o processo de crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático, para proceder o diagnóstico diferencial no que se refere ao desempenho normal ou fisiológico das funções oronasais, dos distúrbios miofuncionais (DMFs) dessa região, que se caracterizam por alterações das funções musculares, podendo gerar patologias no sistema estomatognático. Nesta condição, as funções encontram-se adaptadas a padrões anormais (TORRES, 1973; KÖHLER, N. R. W.; KÖHLER, G. I.; KÖHLER, J. F. W.; 1995; PRAETZEL, 1998).

A literatura tem demonstrado a preocupação na busca dessa integração no que se refere à prevenção da doença cárie dentária. Assim, o papel do médico como provedor primário de educação em saúde bucal e como auxiliar do odontólogo na manutenção da saúde oral das crianças durante os primeiros anos de vida deve refletir a advertência aos pais sobre dieta, práticas de higiene oral, sistemas de suplementação

de flúor e quanto aos efeitos dos hábitos de sucção (HERMMANN; ROBERTS, 1987; NOWAK et al., 1994; SAND, P. O.; SAND, R. W., 1995; SCAVUZZI et al., 1994/1995; VESELICKY; NGAN, 1996; SÁNCHEZ et al., 1997).

A necessidade de obter-se canais de comunicação entre áreas afins e, particularmente, entre pediatras e odontopediatras é extremamente relevante na abrangência dos programas de atenção multidisciplinar sobre educação para a saúde bucal do bebê. Tem sido demonstrado que o nível de conhecimento e as atitudes dos pediatras sobre alguns aspectos relacionados com a prevenção à cárie devem ser revistos, pois se mostraram insuficientes e inconsistentes (TSAMTSOURIS; GRAVIS, 1990; SCAVUZZI et al. 1994/1995; CARVALHO; REIS; MELLO, 1996; FIGUEIREDO; PALMINI; RODRIGUES, 1997; FARIA; OLIVEIRA; PORDEUS, 1997; SÁNCHEZ, 1997; CAVALCANTI; ALBUQUERQUE; SANTANA, 1999; POMARICO, L. R.; MODESTO; POMARICO, I. R. S., 1999; SCHALKA; RODRIGUES, 2000; PRAZERES; KNUPP, 2000).

Considerando que as primeiras informações referentes à saúde são dadas nos contatos profissionais da área médica (obstetras/ginecologistas e pediatras), Faria, Oliveira, Pordeus (1997) avaliaram o conhecimento e as atitudes, por parte desses profissionais, relacionados com a prevenção em Odontopediatria, direcionados à cárie dentária. Concluíram que, embora tenha sido observada preocupação com a doença cárie, muito ainda pode ser feito em relação à abordagem de sua prevenção. Assim sendo, consideraram que o odontopediatra necessita, dentro da filosofia de promoção da saúde, buscar elos de comunicação não só com áreas afins, como também com seus interlocutores.

L. R. Pomarico, Modesto e I. R. S. Pomarico (1999) determinaram o nível de conhecimento e as atitudes de pediatras da cidade do Rio de Janeiro sobre alguns aspectos da saúde oral de bebês. Dentre outros aspectos, concluíram que: para 84,2% dos médicos, a primeira consulta ao odontopediatra deve aconte-

cer no primeiro ano de vida; todos aconselham o aleitamento materno, sendo que, para 95%, o desmame deve acontecer até os 12 meses; a mamadeira é recomendada por 85,7% dos profissionais, 16,2% admitindo o seu uso prolongado; 87,4% dos entrevistados sugerem a higiene oral.

O conhecimento de 323 médicos pediatras da cidade de São Paulo foi avaliado por Schalka e Rodrigues (2000), que abordaram questões sobre a doença cárie, a dieta e o uso de flúor. Foi constatado um nível de conhecimento regular em 37% dos profissionais consultados. Por outro lado, 31% revelaram um nível de conhecimento inadequado.

Com o objetivo de obter subsídios para um programa de atenção odontológica materno-infantil, Prazeres e Knupp (2000) mediram o grau de conhecimento de 92 pediatras e concluíram que, embora existam orientações de saúde oral por parte de 94,6% dos pediatras, estas são incompletas e inadequadas para que haja uma melhora nas condições de saúde oral; dos 42,4% pediatras que orientam medicação com flúor, por exemplo, apenas 7,6% fazem avaliação prévia para verificar a real necessidade da prescrição.

Considerando uma ação integrada das categorias profissionais deste estudo, a época de encaminhamento do paciente pelo pediatra ao odontopediatra é um fator de grande significância. Segundo Tsamtsouris e Gravis (1990), 15% dos profissionais só encaminham quando ocorre alguma necessidade, 32% fazem-no até 12 meses de idade, 15%, até 24 meses e 37%, até os 30 meses. Para os médicos Clark, Album e Lloyd (1996), o encaminhamento deve ser feito aos 12 meses de idade, época em que as orientações abrangem a higiene oral, o aconselhamento dietético, o uso de flúor e os hábitos de sucção. No estudo realizado por P. O. Sand e R. W. Sand (1995), os resultados demonstram que as visitas odontológicas periódicas devem começar aos 3 anos de idade. Schalka e Rodrigues (2000) verificaram que o encaminhamento ao dentista variou desde o nascimento até 72 meses, porém, foi mais expressiva a faixa etária en-

tre 2 e 3 anos. Segundo Carvalho, Reis e Mello (1996), para 44,1% dos pediatras, a época indicada para a primeira consulta é entre 6 meses e 2 anos; para 41,2%, acima de 2 anos; 7,3% dos profissionais só indicam quando observam algum problema; e 7,4% nunca recomendam.

Por outro lado, segundo o estudo desenvolvido por Figueiredo, Palmira e Rodrigues (1997), 74,5% dos pediatras recomendam a primeira visita ao dentista até 3 anos, e 23,5%, entre 3 a 6 anos. De acordo com os autores, a falta de integração entre pediatras e odontopediatras é uma realidade, embora esta não seja condizente com a receptividade demonstrada pelos médicos, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de um trabalho conjunto para a melhoria da saúde integral da criança.

O trânsito de pacientes é um fator relevante, quando se quer avaliar a integração entre áreas afins. Assim, Nirschl e Kronmiller (1986) constataram que 90,5% das crianças abaixo de 5 anos tiveram, em média, 7,1 consultas médicas durante o período de um ano, e somente 14,3% das crianças neste grupo de idade foram ao dentista, com uma média de quatro consultas por ano. Barroso et al. (2001), avaliando a frequência de visitas ao pediatra e ao odontopediatra em unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro, verificaram que 100% das mães gestantes, não primíparas, já haviam levado seus filhos ao médico pediatra, enquanto apenas 55%, à consulta odontológica. Além disso, 82% destas mães gestantes, durante o primeiro ano de vida, haviam levado — mensal ou bimensalmente — suas crianças para monitoramento de saúde; os motivos principais que moveram as mães a levarem seus filhos ao odontopediatra foram, em ordem decrescente: dor (20%), doenças da boca (18%), rotina (14%), trauma (3%). As mães que nunca haviam levado representaram 45% da amostra. Por outro lado, somente 14% das entrevistadas receberam orientação no pré-natal para o agendamento ao dentista.

Considerando que o avanço científico no sentido da promoção de saúde bucal, não apenas no que se refere à prevenção da cárie dentária,

mas também ao diagnóstico — seja na orientação, atuação específica ou no encaminhamento — sobre os DMFs da região oronasal e, na medida em que as categorias profissionais envolvidas mantiverem uma relação de interdisciplinaridade, haverá um somatório de esforços, ampliando o conceito de promoção de saúde oral na primeira infância.

Pastor (2001) demonstrou que o conhecimento dos odontopediatras e pediatras da cidade do Salvador, sobre os DMFs da região oronasal foi satisfatório, entretanto as atitudes na rotina clínica mostraram-se pontuais e dispersas diante das questões formuladas quanto à aplicabilidade do conhecimento.

O presente artigo tem por objetivo avaliar a integração entre odontopediatras e pediatras da cidade do Salvador no que se refere ao trânsito de pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Através de entrevista semi-estruturada, foram inquiridos 37 odontopediatras e 65 pedia-

tras inscritos nas respectivas entidades de classe (CROBA e CREMEB), atuantes na cidade do Salvador, que trabalham na rede pública e particular. O roteiro da entrevista constou de 35 questões envolvendo: conhecimento e atitudes em relação aos distúrbios miofuncionais (DMFs) na região oronasal e integração de ambas as categorias profissionais. Para este artigo, foram selecionados quatro itens que verificam a integração dos odontopediatras e pediatras no dia-a-dia da clínica: época; motivo e frequência de encaminhamento do paciente pelo odontopediatra; recebimento pelo odontopediatra; e associação desses profissionais com áreas afins para estabelecimento de um diagnóstico.

Os dados colhidos foram analisados a partir de sistemas de categorias — estratégias criadas no sentido de possibilitar a análise e o tratamento estatístico. Foi realizada análise descritiva dos resultados, apresentados sob forma de tabelas e gráficos de frequências, utilizando-se medidas de tendência central e dispersão. Aplicou-se o teste do quiquadrado considerando o valor de $p < 0,05$ como significativo.

TABELA 1
Caracterização da amostra
Distribuição das características dos odontopediatras e pediatras
SSA-BA, 2000

Características	Odontopediatras n° = 37		Pediatras n° = 65	
	n°	%	n°	%
Local de atendimento*				
Privado	20	54,1	10	15,4
Público	2	5,4	7	10,8
Ambos	15	40,5	48	73,8

*p – valor < 0,05

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 2 demonstra a integração dos odontopediatras e pediatras no diagnóstico das alterações respiratórias.

A Tabela 3 expressa os resultados do trânsito de pacientes segundo a frequência de envio pelos pediatras e de recebimento pelos odontopediatras.

TABELA 2
Distribuição dos odontopediatras e pediatras segundo atitudes no diagnóstico das alterações da função respiratória SSA-BA, 2000

Atitudes	Odontopediatras nº = 37		Pediatras nº = 65	
	nº	%	nº	%
Associação com o otorrino	27	73,0	51	78,5
Associação com o fonaudiólogo*	24	64,9	22	33,8
Associação com o odontopediatra*	2	5,4	27	41,5
Associação com o pneumologista	2	5,4	3	4,6
Associação com o pediatra	3	8,1	0	0,0
Associação com o cirurgião	0	0	5	7,7
Associação com outros especialistas	10	27,0	15	23,1
Não faz associação	3	8,1	3	4,6

*p - valor < 0,05

TABELA 3
Distribuição dos odontopediatras e pediatras segundo a frequência de pacientes – pediatra X odontopediatra SSA-BA, 2000

Frequência	Encaminhamento – Pediatras nº = 65		Recebimento – Odontopediatras nº = 37	
	nº	%	nº	%
Sempre	25	38,5	3	8,1
Às vezes	15	23,0	2	5,4
Raramente	25	38,5	26	70,3
Nunca	–	–	6	16,2
Total	65	100	37	100

A Figura 1 expressa o motivo do encaminhamento pelos pediatras e do recebimento pelos odontopediatras.

A Figura 2 expressa a idade média de encaminhamento pelos pediatras e de recebimento pelos odontopediatras.

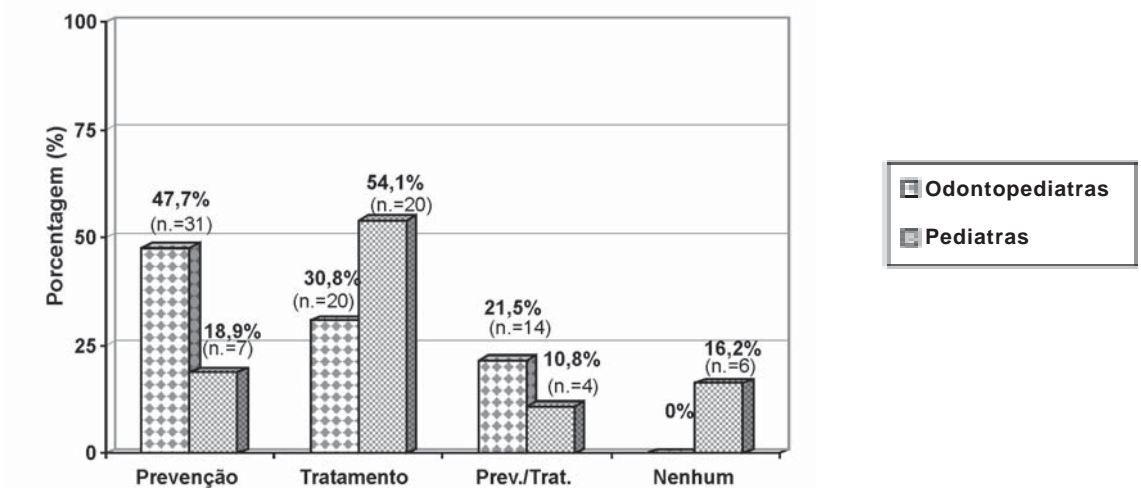


FIGURA 1 – Motivo de encaminhamento e recebimento de pacientes

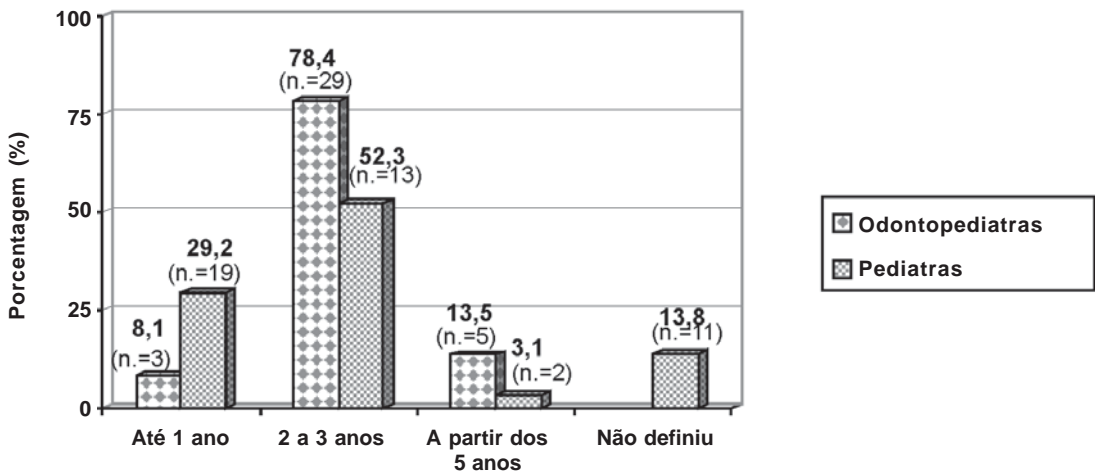


FIGURA 2 – Idade média de encaminhamento pelos pediatras e do primeiro atendimento pelos odontopediatras

A interação entre os profissionais clínicos — da área médica ou da área odontológica — torna-se imperativa quando se deseja a promoção da saúde da criança, uma vez que indivíduos de ambas as categorias profissionais têm a oportunidade de atendê-la desde o início do seu desenvolvimento. Assim, a comunicação é fundamental para a socialização das informações corretas e adequadas entre os profissionais, desfazendo o hiato entre estes e a população-alvo: pais e pacientes (HERRMANN; ROBERTS, 1987; MOSOLINO; RODRIGUES, 1994; SCAVUZZI et al., 1995; CARVALHO, REIS, MELLO, 1996; FIGUEIREDO, PALMINI, RODRIGUES, 1997; BARROSO, MIASATO, GRAÇA, 2001; AMADEU JR.; BIGNOTO, 2001).

Pela análise da Tabela 2, pode-se verificar que existe associação dos profissionais participantes deste estudo com outros especialistas no estabelecimento do diagnóstico dos DMFs, especialmente com o otorrinolaringologista e com o fonoaudiólogo. Além disso, observou-se que 41,5% dos pediatras se associam aos odontopediatras para o diagnóstico dos DMFs da região oronasal (valor de $p = 0,0001$). Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais na variável associação com fonoaudiólogo (valor de $p = 0,0025$).

No aspecto específico da interação do odontopediatra com o pediatra, foram confrontados o envio de pacientes por parte dos pediatras com o recebimento pelos odontopediatras, como pode ser visto na Figura 1. Assim, 100% dos pediatras encaminham as crianças ao odontopediatra. Para análise da frequência deste encaminhamento, foram oferecidas as opções de respostas: “sempre”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”. É curiosa a discordância dos dados obtidos, haja vista que, em relação ao encaminhamento de pacientes, a opção “sempre” foi indicada por 38,5% dos pediatras, enquanto o recebimento, pelos odontopediatras, de pacientes nesta mesma categoria foi de apenas 8,1%. Além disso, ao interpretar os dados globalmente, podemos descrevê-los como uniformes para os pediatras, nas três opções: “sempre” (38,5%), “às vezes” (23%) e “raramente” (38,5%). Por

outro lado, para os odontopediatras, eles foram desarmônicos, ao observarmos que 8,1% e 5,4% desses profissionais citaram, respectivamente, as categorias “sempre” e “às vezes”, comparadas à categoria “raramente”, citada por 70,3% deles. A essa desarmonia associa-se a categoria “nunca”, indicada por 16,2% dos odontopediatras e inexistente para os pediatras.

O motivo de envio de pacientes por pediatras e recebimento por odontopediatras foi questionado, sendo verificado que, a despeito de a prevenção motivar 47,7% dos pediatras no envio de pacientes, apenas 18,9% dos odontopediatras recebem pacientes desses profissionais com esta indicação (FIGURA 2). A necessidade de tratamento é a opção com resultados comparativos mais uniformes, haja vista que este motivo de encaminhamento de pacientes é declarado por 30,8% dos pediatras e de recebimento por 54,1% dos odontopediatras. Observamos ainda que, quando o motivo é a prevenção e o tratamento, o envio por parte dos pediatras (21,5%) representa o dobro em relação ao recebimento pelos odontopediatras (10,8%). Além disso, é evidente a predominância de encaminhamento de pacientes por parte dos pediatras, quando comparada ao recebimento destes pelos odontopediatras, independentemente dos motivos apontados.

Assim sendo, com base nos resultados expressos na Tabela 3 e na Figura 2, é oportuno questionarmos, como odontopediatras: onde estariam os pacientes que “sempre” são enviados para a prevenção? É pertinente considerar que, apesar das atitudes de integração e de promoção de saúde relatadas pelos pediatras, existe um componente a mais, necessário para que se efetive o procedimento por eles orientado, por parte da população-alvo, que, neste caso, são os pais ou responsáveis pelas crianças. Entretanto, quando a necessidade de tratamento se manifesta, verificamos a efetivação da orientação recebida. Estes aspectos são extremamente relevantes e devem ser considerados no âmbito da integração profissional, isto é, a questão não se esgota apenas em quem envia pacientes e quem os recebe. A pergunta principal é: quem é o paciente que está recebendo a orientação, ou seja,

qual o nível de conscientização da população sobre os benefícios das atitudes preventivas? Qual é o nível socioeconômico predominante da população atendida por pediatras e qual é o nível predominante das pessoas atendidas por odontopediatras? Em parte, isto poderia ser justificado pelos dados expressos no Quadro 1, os quais são estatisticamente significativos e revelam que 54,1% dos odontopediatras da amostra da cidade do Salvador atuam exclusivamente na clínica privada, enquanto apenas 15,4% dos pediatras atuam neste setor. Quando verificamos a disponibilidade dos odontopediatras nos serviços públicos, encontramos um percentual de 45,9% quando comparados ao de 84,6% dos pediatras. Esta realidade, certamente, reflete a dificuldade de acesso da população infantil enviada aos odontopediatras.

É possível identificar a idade de maior trânsito da população infantil entre a Pediatria e a Odontopediatria, através da análise dos dados revelados na Figura 2. Assim, pode-se observar que 52,3% dos pediatras encaminham seus pacientes ao odontopediatra entre 2 e 3 anos de idade. Por outro lado, inquiridos sobre a idade média no primeiro atendimento, 78,4% dos odontopediatras declararam ser também entre 2 e 3 anos de idade.

É oportuno realçar que a idade ideal (até 12 meses) para a primeira consulta de orientação pelo dentista só é indicada por 29,2% dos pediatras, e apenas 8,1% das crianças nesta idade chegam ao odontopediatra (FIGURA 1). A avaliação comparativa destes resultados nos revela que quase a totalidade das crianças tem seu primeiro contato com o dentista aos 3 anos de idade, demonstrando que a realidade vigente na cidade do Salvador ainda coincide com a visão tradicional, encontrada na literatura científica, médica e odontológica, que indica a idade de 3 anos para a primeira visita ao dentista (HERMANN; ROBERTS, 1987; SAND, P. O.; SAND, R. W., 1995; FIGUEIREDO, PALMINI, RODRIGUES, 1997; SÁNCHEZ et al., 1997; HARRIS, J. C.; HARRIS, I. R., 1998; HARRIS; COLEY-SMITH, 1998; CAVALCANTI; ALBUQUERQUE; SANTANA, 1999; SCHALKA; RODRIGUES, 2000).

A necessidade de uma atenção precoce com o objetivo de promoção de saúde do sistema estomatognático, numa visão de integração das especialidades deste estudo, implica na participação colaboradora do pediatra, principalmente no encaminhamento do paciente para a primeira consulta até 12 meses.

A Academia Americana de Odontopediatria sugere que a primeira consulta para prevenção ocorra por volta dos 6 meses e inclua o exame da cavidade bucal, além de orientação preventiva. No máximo, poderá ser prolongada por 6 meses após a erupção do primeiro dente, não devendo ultrapassar o primeiro ano de vida (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY apud SCHALKA; RODRIGUES, 2000). Estas orientações são encontradas em vários trabalhos, na literatura nacional e internacional (NIRSCHL; KRONMILLER, 1986; HERMANN; ROBERTS, 1987; NOVAK et al., 1994; CARVALHO; REIS; MELLO, 1996; CLARK; ALBUM; LLOYD, 1996; WALTER; FERELLI; ISSÁO, 1996; THOMAS, 1997; SÁNCHEZ et al., 1997; POMARICO, L. R.; MODESTO; POMARICO, I. R. S. 1999; SCHALKA; RODRIGUES, 2000).

Ressaltamos a importância de os pediatras estarem bem informados quanto a este aspecto, uma vez que são elos fundamentais no processo educativo, podendo atuar como agentes facilitadores no envio de pacientes para atenção odontológica na época ideal — especialmente para prevenção e diagnóstico dos DMFs na região oronasal, cujo aparecimento pode acontecer a partir do nascimento —, ou suprir esta população com informações básicas de saúde, até que haja a consulta ao dentista.

Os resultados da atenção odontológica na primeira infância no Brasil são incontestáveis, haja vista os dados obtidos pela Bebê-Clínica através do Programa de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida, com redução marcante da prevalência da cárie dentária (WALTER; FERELLI; ISSÁO; 1996). Os resultados positivos são consequência do conhecimento do profissional, da conscientização da população-alvo (pais e responsáveis) e das atitudes de ambos os grupos. Assim, também, faz-se

necessário a presença desses fatores quanto ao desempenho fisiológico das funções do sistema estomatognático, para prevenir as DMFs da região oronasal, ampliando o conceito de promoção em saúde bucal na criança na primeira infância.

CONCLUSÕES

O trabalho permitiu, assim, as seguintes conclusões:

1. A integração entre a Pediatria e a Odontopediatria, quanto ao trânsito de pacientes mostrou-se insatisfatória.

2. Existe uma divergência entre o motivo mais freqüente de encaminhamento do paciente pelo pediatra em relação ao motivo de recebimento do paciente pelo odontopediatra.

3. A busca de integração profissional em relação ao diagnóstico das DMFs mostrou-se mais expressiva do pediatra para o odontopediatra.

4. Quanto à atenção odontológica no primeiro ano de vida, há uma escassa relação entre o encaminhamento do paciente por parte do pediatra e o recebimento pelo odontopediatra.

Medical and dental pediatric integration: a widen view of health promotion

Abstract

Nowadays, early care in Pediatric Dentistry is a world tendency. In Brazil however, when we compare the patient access to Pediatric Dentists to the access to Pediatricians, an unbalanced situation is still found, both in public and private health systems. It is noticed that parents usually take their children to the pediatricians in their first year of life, what does not happen in relation to pediatric dentists. As a result, there are generally the occurrence of retarded treatments and delayed actions with curative procedures. The present study evaluates the integration between the pediatric dentists and the pediatricians in Salvador city, through semi-structured interview, whose results express that that relationship is not satisfactory. The integration between pediatric dentists and pediatricians may help to redefine the classic standards in children dentistry attendance, making it necessary to think of a health promotion conduct that, besides avoiding caries, involves the supervision and orientation of their growth and facial development, stimulating a balanced masticatory system from the morphologic, aesthetic and functional point of view.

Keywords: Integration. Health promotion. Pediatricians. Pediatric dentistry.

REFERÊNCIAS

AMADEU JR., I.; BIGNOTO, L. C. O conhecimento do médico pediatra frente ao desenvolvimento do complexo maxilomandibular e às maloclusões dentárias. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, v.4, n.17, p.36-42, 2001.

BARROSO, S. P.; MIASATO, J. M.; GRAÇA, T. C. A. Avaliação da freqüência de visitas ao pediatra x visita ao odontopediatra em unidade básica de saúde do município do RJ. Disponível via Medcenter.com em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.aasp?id=236>>. Acesso em: 5 jan. 2001.

CARVALHO, F. R. P.; REIS, P. P. G.; MELLO, H. S. A. Inter-relação da pediatria com a odontopediatria. **Rev do Centro de Estudos da Fac. de Odont. da UERJ**, v.2, n.2, p.73-78, jul./dez. 1996.

CAVALCANTI, A. L.; ALBUQUERQUE, A. T.; SANTANA, M. A. Abordagem interdisciplinar e multiprofissional: integração pediatra-odontopediatra. **Pediatria Atual**, v.12, n.7, p.61-63, 1999.

CLARK, M. M.; ALBUM, M. M.; LLOYD, R. W. Preventive dentistry and the family physician. **Am Fam Physician**, v.53, n.2, p.619-623, 1996.

FARIA, C. F.; OLIVEIRA, C. M. R.; PORDEUS, I. A. Avaliação de conhecimento e atitudes relacionados à prevenção em odontopediatria: um estudo com gestantes e mães e profissionais da área médica. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.33, n.2, p.121-132, jul./dez. 1997.

FIGUEIREDO, M. C.; PALMINI, A. L.; RODRIGUES, R. M. A. A importância da interação pediatra-

- odontopediatra no atendimento integral a crianças. **Rev Fac Odo UPF**, Passo Fundo, v.2, n.2, p.11-18, jul./dez. 1997.
- HARRIS, J. C.; COLEY-SMITH, A. An overview of dental care for the young patient: 2. Early diagnosis. **Dental Update**, v.25, p.116-123, 1998.
- HARRIS, J. C.; HARRIS, I. R. An overview of dental care for the young patient: 1. Introduction, priorities and disease prevention. **Dental Update**, v.25, p.65-72, 1998.
- HERRMANN, H. J.; ROBERTS, M. W. Preventive dental care: the role of the pediatrician. **Pediatrics**, v.80, n.1, p.107-110, 1987.
- KÖHLER, G. I.; KÖHLER, N. R. W.; KÖHLER, J. F. W. Reflexões sobre a integralidade morfofuncional da face humana. **Rev Goiana de Ortodontia**, v.2, n.2, p.5-11, 1995.
- KÖHLER, N. R. W.; KÖHLER, G. I.; KÖHLER, J. F. W. Anomalias morfofuncionais da face: uma introdução à visão etiológica e terapêutica multidisciplinar. In: MARCHESAN, I. Q. et al. (Org.). **Tópicos em fonaudiologia**. v.2. São Paulo: Lovise, 1995. p.207-210.
- MOSOLINO, C. V.; RODRIGUES, A. P. Equipe clínica: uma reflexão sobre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. In: MARCHESAN, I. Q. et al. **Tópicos de fonaudiologia**. v.1. São Paulo: Lovise, 1994. p.207-210.
- NIRSCHL, R. F.; KRONMILLER, J. E. Evaluating oral health needs in preschool children. **Clinical Pediatric**, v.25, n.7, p.358-362, 1986.
- NOVAK, A. J. et al. Status report: pediatric oral health. **J Clin Pediatr Dent**, v.18, n.4, p.327-328, 1994.
- PASTOR, I. M. O. **Conhecimento, atitudes e integração dos odontopediatras e pediatras da cidade do Salvador sobre os distúrbios miofuncionais (DMFs) da região oronasal em crianças de 0 a 5 anos de idade**. Salvador, 2001. 175f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- POMARICO, L. R.; MODESTO, A.; POMARICO, I. R. S. Conhecimentos e atitudes de alguns pediatras da cidade do Rio de Janeiro sobre aspectos de saúde oral do bebê. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, v.2, n.9, p.345-349, 1999.
- PRAETZEL, J. R. Distúrbios miofuncionais da face: um novo paradigma de estudo para a odontopediatria. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, v.1, n.4, p.87-94, 1998.
- PRAZERES, J. G.; KNUPP, R. R. S. Avaliação do conhecimento dos pediatras sobre saúde oral na primeira infância. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, v.3, n.16, p.495-499, nov./dez. 2000.
- SÁNCHEZ, O. M. et al. Physicians' views on pediatric preventive dental care. **Pediatric Dent**, v.19, n.6, p.377-383, 1997.
- SAND, P. O.; SAND, R. W. Preventive health care for infants birth to two years of age. **Primary care: Clinics in Office Practice**, v.22, n.4, p.601-618, Dec. 1995.
- SCAVUZZI, A. I. F. et al. O papel do pediatra na promoção de saúde bucal do bebê, em Feira de Santana-BA. **Rev da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v.14-15, p.22-29, 1994/1995.
- SCHALKA, M. M. S.; RODRIGUES, C. R. M. D. O perfil do médico pediatra da cidade de São Paulo em função de seu conhecimento em promoção de saúde. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, v.3, n.11, p.62-71, 2000.
- THOMAS, H. F. First dental visit, first birthday: a rationale and protocol for infant oral health care. **Texas Dental Journal**, v.114, n.1, p.15-19, 1997.
- TORRES, R. **Biología de la boca: estructura y función**. Buenos Aires: Panamericana, 1973. p.448-518.
- TSAMTSOURIS, A.; GRAVIS, V. Survey of pediatricians attitudes towards pediatric dental health. **J Clin Pediatr Dent**, v.14, n.3, p.152-164, Spring 1990.
- VESELICKY, L. T.; NGAN, P. Infant/toddler oral health care: guidelines for the primary care physician. **The West Virginia Medical Journal**, v.92, n.1, p.22-25, 1996.
- WALTER, L. R. F.; FERELLI, A.; ISSÁO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.75-92.

Agradecimentos

Aos colegas odontopediatras e pediatras que compuseram a amostra deste estudo.