

A Odontologia para Bebês no Estado do Paraná, Brasil – Perfil do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal

The Dental Assistance for Infants at the State of Paraná, Brasil – Profile of an Early Oral Health Program

Márcia Helena BALDANI Pinto*
 Célia Maria Da Lozzo LOPES**
 Léo KRIGER***
 Tiemi MATSUO****

BALDANI, M.H.P.; LOPES, C.M.D.L.; KRIGER, L.; MATSUO, T. A Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.31, p.210-216, maio/jun. 2003.

O presente estudo tem por objetivo apresentar o perfil de implantação das Clínicas Odontológicas para Bebês dos municípios do Estado do Paraná, implantadas durante o período de 1997 a 2000 através do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal, da Secretaria de Estado da Saúde. Para a obtenção dos dados, coordenadores da Odontologia de 149 municípios foram convidados a responder a um questionário e obteve-se 96 respostas (64,4%). Os resultados indicam que 84,9% dos municípios apresentam apenas uma Unidade de Clínica de Bebês, implantada em Unidade Básica de Saúde da zona urbana, localizada na região central (74,0%), na qual atuam um Cirurgião-dentista e um auxiliar (52,3%), na maioria das vezes ACD. Apenas 6,6% dos municípios estenderam o atendimento aos bebês da zona rural. Observou-se que a porcentagem da população coberta está associada com o porte do município ($p < 0,0001$), notando-se uma tendência de aumento da cobertura com a diminuição da população ($p = 0,0504$). Algumas dificuldades foram relatadas, como a conscientização da população, e a necessidade de cursos de atualização para os dentistas, bem como de material didático de apoio. Concluiu-se que, para se alcançar as metas propostas pelo programa, há necessidade de sua expansão nos municípios de maior porte demográfico, possibilitando assim uma maior cobertura da população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública; Saúde bucal; Odontologia em Saúde pública; Assistência odontológica para crianças.

*Professora assistente de Odontologia Preventiva e Sanitária da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG); Especialista em Odontopediatria; Mestranda em Saúde Pública; Rua Manoel Antônio Braga Ramos, 324, Jardim América – CEP 84050-080, Ponta Grossa, PR; e-mail:

marcia@convoy.com.br
 de um convênio com a Finep, em resposta a uma tendência mundial de atenção odontológica em crianças de baixa idade, com o estabelecimento de programas educativos e preventivos para o controle da cárie

dentária. Da aplicação do conceito de atendimento odontológico a bebês e da divulgação de seus resultados, nasceu a Bebê-Clínica/UEL/FINEP, e a experiência passou a ser transferida para o setor público (municípios e universidades), sendo que a Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR), juntamente com a Universidade Estadual do Rio

Grande do Sul e a Faculdade de Odontologia de Caxias (RJ), foram as primeiras a receber a nova tecnologia (WALTER *et al.*, 1996).

Sob o lema “educar prevenindo e prevenir educando” e baseados no princípio de que “não é apenas uma boa educação que começa no berço, uma boa denteição também” (WALTER *et al.*, 1996),

marcia@convoy.com.br

**Professora adjunta de Histologia e Embriologia da UEPG; Doutora em Histologia pela Universidade de São Paulo (USP); Coordenadora do curso de Mestrado em Saúde Pública

***Professor de Odontologia Preventiva e Social da Universidade Tuiuti do Paraná e da PUC-PR; Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Assessor de Saúde Bucal da Secretária de Estado da Saúde do Paraná

****Graduada em Matemática pela Universidade Estadual de Londrina; Mestre em Estatística e Experimentação Agrônômica pela ESALQ – USP; Doutora em Estatística e Experimentação Agrônômica pela ESALQ – USP

INTRODUÇÃO

A Odontologia para Bebês surgiu em 1985, na Universidade Estadual de Londrina (UEL) – PR, através
JBP – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v.6, n.31, p.210-216, 2003

os professores da disciplina de Odontopediatria da UEL, chefiados pelo professor Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter, desenvolveram o projeto, com o objetivo de alcançar mudanças conceituais na época, através da conscientização da população para o atendimento precoce e manutenção da saúde bucal, visando a sua aplicação nos serviços públicos. A nova filosofia propunha o atendimento odontológico à criança antes de completar o primeiro ano de vida (podendo iniciar com a gestante), centrado principalmente na educação do núcleo familiar (pais, avós, babás, etc.), para realizar manobras preventivas no âmbito doméstico, como a limpeza da boca, o controle da amamentação noturna após os seis meses, o consumo “inteligente” dos açúcares e a aplicação tópica de flúor.

Havia até então um consenso dentro da Odontopediatria de que a época ideal para começar os exames dentários periódicos e os tratamentos, quando necessários, era por volta de 2 a 3 anos de idade. Contudo, estudos realizados por Walter em 1987 (WALTER *et al.*, 1996) demonstraram que a prevalência de cárie em crianças de zero a 30 meses de idade era alta (34%), e que se observava uma característica muito peculiar, que condizia com dados mundiais: o aumento da prevalência de cárie entre o primeiro e o segundo ano de vida. Portanto, grande parte da população menor de três anos, que era desassistida de atendimento odontológico, já apresentava necessidades curativas antes mesmo do primeiro exame de rotina. Concluiu-se que, em termos de promoção de saúde, o atendimento odontológico deveria iniciar antes da possibilidade do aparecimento da doença, ou seja, no primeiro ano de vida. Os resultados favoráveis afirmaram a Odontologia para Bebês como tópico importante da Odontologia, culminando, no ano de 1993, durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília, com o reconhecimento do atendimento odontológico ao bebê como “um direito de cidadania” (WALTER *et al.*, 1996).

Campos *et al.* (1999) relatam como a experiência da Bebê-Clínica foi transferida para o município de Londrina – PR. Nesse município, a primeira Clínica de Bebês foi instalada em uma Unidade Básica de Saúde em 1987 (localizada no Jardim Tóquio), sendo que, em 1999, o número de Unidades que realizavam o atendimento de crianças entre zero e 36 meses chegou a 34, distribuídas entre zona urbana e rural. A forma como o atendimento tem sido realizado nesse município foi normatizada em um capítulo específico do livro *Odontologia em Saúde Pública*, publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, em 1999. A Odontologia para Bebês nesse município, assessorada pela Universidade Estadual de Londrina, está intimamente integrada com outras atividades da Unidade

de Saúde, principalmente com a puericultura e a vacinação, sendo que o Cirurgião-dentista responsável tem a função também de conscientizar toda a equipe da unidade (Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem) da importância da atenção precoce na área odontológica e solicitar a eles que colaborem no encaminhamento dos bebês (CAMPOS *et al.*, 1999).

Scarpelli *et al.* (1996) relatam que, em Londrina, para as crianças que iniciaram o atendimento no primeiro ano de vida, a redução média da prevalência de cárie em quatro anos de acompanhamento foi de 85%, diminuindo também a gravidade do ataque pela cárie. Concluíram que tal fato resulta em menores necessidades curativas, o que diminui a demanda futura para tratamento curativo. Outro fato que aponta para o sucesso das medidas de atenção precoce foi identificado por Walter & Nakama (1994), que apontam para a possibilidade de impacto significativo do programa sobre os índices epidemiológicos de saúde bucal. Foi demonstrado por estes autores que 65% das crianças entre cinco e seis anos de idade em Londrina, no ano de 1994, estavam livres de cárie, ultrapassando já naquele ano a meta proposta pela OMS para o ano 2000, que era de 50%.

Todas essas evidências levaram à incorporação da Odontologia para Bebês, pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, ao Programa “Protegendo a Vida”, a partir de 1997. A implantação de Clínicas de Bebês nos municípios foi então estabelecida como principal estratégia na área de saúde bucal, com o objetivo de oferecer atendimento a crianças de zero a 36 meses de idade. Assim, em 1997, a Secretaria de Saúde promoveu a capacitação de 212 profissionais para atender nas Clínicas de Bebês, oferecendo cursos de especialização realizados no Centro de Referência em Londrina, e repassou macris e equipamentos odontológicos para aproximadamente 200 municípios (PARANÁ). Para o programa foi adotada a metodologia proposta pela Bebê-Clínica/UEL/FINEP, normatizada em um manual específico que contém os objetivos e metas a serem cumpridas pelos municípios, bem como orientação para a implantação do programa (SCARPELLI *et al.*, 1996).

Segundo informação da Secretaria de Estado da Saúde, até o ano 2000 haviam sido implantadas Clínicas de Bebês em 149 municípios do Estado. O presente estudo teve por objetivo traçar o perfil das Clínicas Odontológicas para Bebês, que foram implantadas pelos municípios do Paraná a partir do Programa “Protegendo a Vida”.

MATERIAL E MÉTODOS

Para se obter dados referentes à implementação e funcionamento das Clínicas Odontológicas para Bebês, de municípios do Estado do Paraná, foi realizado um estudo transversal analítico. Para tanto, foi encaminhado a cada município que implantou o programa um questionário especificamente elaborado para esse fim, o qual foi respondido pelo coordenador de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde. As questões formuladas procuraram abranger as propostas e normas descritas no manual *Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal* (SCARPELLI *et al.*, 1996), o qual foi adotado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná como referência, dentro do Programa "Protegendo a Vida". As respostas requisitadas foram referentes às clínicas em funcionamento até o ano 2000.

O questionário, composto de 17 itens, contém 13 questões fechadas que se referiam a:

- a) ano de início de funcionamento da clínica-piloto;
- b) quantas Unidades de Saúde ofereciam o atendimento odontológico para bebês até dezembro de 2000;
- c) localização da(s) clínica(s);
- d) tipo de Unidade de Saúde (multiprofissional ou não);
- e) número de Cirurgiões-dentistas, ACDs e THDs disponíveis;
- f) clientela atendida;
- g) disponibilidade de tratamento restaurador;
- h) forma de encaminhamento dos bebês para as clínicas;
- i) periodicidade do retorno.

As quatro questões abertas indagavam sobre a metodologia de atendimento dos bebês, número de crianças cadastradas no primeiro ano de funcionamento da clínica e até dezembro de 2000, bem como experiências, inovações e/ou dificuldades vivenciadas que pudessem contribuir com a pesquisa.

Os dados foram posteriormente analisados, alocando-se os municípios em grupos segundo seu porte definido, conforme o número de habitantes, em: a) pequeno porte – até 10.000 habitantes; b) médio porte – de 10.001 a 50.000 habitantes; c) grande porte – mais de 50.001 habitantes. Para tanto, foram coletados dados junto ao Datasus, para o ano 2000.

Para a identificação da cobertura da população de zero a 12 meses ao final do primeiro ano de funcionamento da clínica-piloto, foram obtidos dados referentes a essa população junto ao Datasus, com base no ano de início de funcionamento da clínica no município.

Os dados analisados são apresentados através de tabelas de freqüências, expressas em propor-

ções e valores absolutos. O teste estatístico qui-quadrado foi aplicado para avaliar a associação da cobertura com o porte do município. Os dados foram armazenados e analisados no programa EPI Info versão 6.04. Foram excluídos da análise o município de Londrina, que foi o modelo e com tempo de programa maior do que o dos outros municípios, bem como aqueles que não possuíam o programa realmente implantado.

RESULTADOS

Dos questionários enviados (149), foram obtidas 96 respostas (64,4%), das quais cinco foram excluídas – Londrina, por ser o município modelo para o programa, e quatro municípios que não possuíam o programa realmente implantado.

Pôde-se observar que apenas sete municípios relataram que já haviam implementado o atendimento a bebês antes do programa "Protegendo a Vida", e apenas um, Londrina, relatou que não houve qualquer expansão baseada na proposta do programa. A partir de 1997, 85 municípios implantaram suas Clínicas de Bebês, sendo que 27,5% no primeiro ano (1997) e 50,6% no segundo (1998).

A Tabela 1 apresenta o número de Unidades Básicas de Saúde que realizam atendimento a bebês por município. Observa-se que 85,7% deles possuem apenas uma Unidade com Clínica de Bebês instalada. O estudo mostra ainda que 78,0% das Unidades Básicas de Saúde que possuem Clínicas de Bebês são multiprofissionais, isto é, ali atuam, além da equipe de saúde bucal, obstetras, pediatras, enfermeiros ou outros profissionais. Para os municípios que apresentam apenas uma Unidade Básica de Saúde com atendimento odontológico para bebês, observou-se que ela está situada em região central em 74,4% dos casos. Também chama a atenção a instalação de Clínicas de Bebês em Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em três municípios. Apenas 6,6% dos municípios relataram que estenderam o atendimento odontológico para bebês até a zona rural.

A Tabela 2 mostra a clientela que tem acesso às Clínicas de Bebês. Nota-se que 61,5% dos municípios oferece atendimento para a faixa etária de zero a 36 meses, fato condizente com o proposto pelo programa. Em 15,4% dos municípios, as gestantes também são atendidas e 27,5% deles estendem o serviço a crianças de até 5 a 6 anos de idade. Essa clientela tem acesso à educação e prevenção, bem como tratamento curativo (restaurador), o qual é realizado como rotina por 79,1% dos municípios. Apenas 13,2% das Clínicas de Bebês oferece somente tratamento emergencial.

A Tabela 3 indica a disponibilidade de recursos

humanos para as Clínicas de Bebês, através da relação Cirurgião-dentista/auxiliares. Observa-se que, em 50,6% dos municípios, atuam um Cirurgião-dentista e um auxiliar, que geralmente é um Atendente de Consultório Dentário (ACD). Em 25,3% das Clínicas de Bebês, atuam o Cirurgião-dentista com dois auxiliares, um ACD e um Técnico em Higiene Dentária (THD). Convém notar que em seis municípios o Cirurgião-dentista trabalha sem auxiliares.

A forma como as crianças são encaminhadas até as Clínicas de Bebês é relevante e o estudo mostrou que em 87,9% dos municípios o encaminhamento é feito de várias formas, as quais estão demonstradas na Tabela 4. Observa-se que as formas de atendimento à criança como vacinação, pediatria, puericultura e Pastoral da Criança constituem o meio mais utilizado de encaminhamento. Porém, chama a atenção o envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), citados por 72 municípios, considerado o meio isolado mais utilizado.

Um dos objetivos do estudo era analisar a implementação das Clínicas de Bebês em relação ao porte demográfico dos municípios. Uma das metas de implantação do programa diz respeito à

TABELA 1: Distribuição dos municípios segundo o número de Unidades Básicas de Saúde com Clínicas de Bebês.

Número de UBS	n	%
01	78	85,7
02	7	7,7
03	3	3,3
Mais de 3	3	3,3
Total	91	100,0

TABELA 2: Distribuição dos municípios segundo a clientela atendida nas Clínicas de Bebês.

Clientela	n	%
0 – 12 meses	8	8,8
0 – 36 meses	47	51,6
Gestantes	-	-
0 – 36 meses + gestantes + pacientes especiais	1	1,1
0 – 36 meses + gestantes	8	8,8
0 – 5 anos	15	16,5
0 – 5 anos + gestantes	4	4,4
0 – 4 anos	1	1,1
0 – 24 meses	1	1,1
0 – 6 anos	5	5,5
0 – 6 anos + gestantes	1	1,1
Total	91	100,0

TABELA 3: Distribuição dos municípios segundo recursos humanos disponíveis para as Clínicas de Bebês.

Relação CD/ auxiliar (es)	n	%
1 CD/ 0 auxiliar	6	6,6
1 CD/ 1 auxiliar	46	50,6
1 CD/ 2 auxiliares	23	25,3
1 CD/ 3 auxiliares	4	4,4
1 CD/ 4 auxiliares	3	3,3
2 CD/ 1 auxiliar	2	2,2
2 CD/ 3 auxiliares	3	3,3
3 CD/ 1 auxiliar	2	2,2
Mais de 3 CD/ 1 auxiliar	1	1,1
Mais de 3 CD/ 2 auxiliares	1	1,1
Total	91	100,0

TABELA 4: Formas de encaminhamento das crianças para as Clínicas de Bebês.

Forma de encaminhamento (respostas múltiplas)	n	%
Agentes Comunitários de Saúde	72	79,1
Vacinação	53	58,2
Pediatria	38	41,8
Puericultura	37	40,7
Pré-natal	29	31,9
Procura dos pais	10	11,0
Pastoral da Criança	9	9,9
Meios de comunicação	8	8,8
Palestras em escolas	6	6,6
Cartazes/ folders	4	4,4
Reuniões com gestantes	3	3,3
Convites para as UBSs	1	1,1
Conselhos Municipais de Saúde	1	1,1
Carteira da Maternidade	1	1,1
Líderes Comunitários	1	1,1

porcentagem da população de zero a 12 meses, coberta no primeiro ano de atendimento. Segundo a meta, era necessário que 10% da população nesta faixa etária fosse atendida no primeiro ano de funcionamento das Clínicas de Bebês. Na Tabela 5, observa-se que 65,9% dos municípios cumpriu essa meta. O que se nota também é que a porcentagem da população coberta está associada com o porte do município ($p < 0,0001$), existindo uma tendência de aumento da cobertura com a diminuição da população ($p = 0,0504$).

Outra etapa importante do estudo foi a identificação de dificuldades, sucessos e/ou ino-

vações vivenciadas pelos municípios com relação ao programa. Estas estão descritas na Tabela 6. Das dificuldades relatadas, a conscientização dos pais foi a mais freqüente, seguida da necessidade de cursos de atualização para os Cirurgiões-dentistas e material didático de apoio. Como ponto positivo, observou-se o envolvimento da Pastoral da Criança com o atendimento odontológico dos bebês, a utilização dos depoimentos de pais que

já estão no programa nas palestras iniciais, bem como o pequeno número de bebês desenvolvendo atividade de cárie dentro do programa.

DISCUSSÃO

TABELA 5: Distribuição dos municípios quanto à porcentagem da população de 0 a 12 meses coberta pelas Clínicas de Bebês no primeiro ano de funcionamento. Segundo Pinto (2000), os sistemas de prestação de serviços odontológicos objetivam melhorar as condições de saúde bucal das populações, bem como reduzir e/ou eliminar as desigualdades de

% da população	Pequeno		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
< 10%	-	-	5	12,5	10	66,7	15	16,5
≥ 10%	31	86,1	25	62,5	4	26,7	60	65,9
Excluído	5	13,9	10	25,0	1	6,7	16	17,6
Total	36	100,0	40	100,0	15	100,0	91	100,0

TABELA 6: Distribuição segundo relatos de experiências das Clínicas de Bebês.

Experiências relatadas (respostas múltiplas)	n	%
Dificuldade para conscientização dos pais	21	23,08
Necessidade de reciclagem (atualização) dos profissionais	7	7,69
Mudanças no quadro administrativo/ o pessoal foi substituído	6	6,59
Dificuldade para atender somente a faixa etária	6	6,59
Falta de material didático	5	5,49
Falta de recursos financeiros	4	4,39
Dificuldade de envolvimento da equipe multiprofissional	4	4,39
Necessidade de reuniões com os CDs para troca de idéias	3	3,30
Falta de apoio da prefeitura	3	3,30
O pessoal auxiliar não é suficiente	2	2,20
Dificuldade para realizar o tratamento restaurador/curativo	2	2,20
Atendem também as crianças nas creches	1	1,10
Dificuldade para catalogar dados para avaliação do programa	1	1,10
Utilizam depoimentos dos pais que já estão no programa, para motivação nas reuniões iniciais	1	1,10
A procura é por tratamento e não por prevenção	1	1,10
Pequeno número de bebês com atividade de cárie no programa	1	1,10
Maior retorno dos pacientes carentes	1	1,10
Efetividade do trabalho multiprofissional	1	1,10
Boa experiência com os pais	1	1,10
A educação é realizada pelas ACSs inclusive na zona rural	1	1,10

acesso. Sabe-se que a avaliação das ações e serviços de saúde constitui um desafio permanente aos administradores, sendo que a área odontológica mostra-se bastante difícil de ser avaliada. Porém, essa avaliação é indispensável, para que não sejam desperdiçados recursos e não se percam os objetivos a alcançar (NARVAI, 1996).

O Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal, implementado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná em 1997, pretende ser avaliado através da análise do impacto de suas ações sobre os índices epidemiológicos de cárie dentária na dentição decídua (ceo-d), aos cinco anos de idade. Todavia, o presente trabalho se propôs muito mais a realizar uma análise da implantação das Clínicas

odontológicas para Bebês nos municípios do que uma avaliação do programa. O objetivo principal foi fornecer subsídios à Secretaria de Estado da Saúde para que esta possa consolidar o programa no Estado, uma vez que o nível estadual tem a seu encargo não apenas a elaboração de programas, mas também a coordenação e o apoio ao nível local no seu território (PINTO, 2000).

O que pôde ser observado neste estudo foi

que em apenas 14,3% dos municípios houve uma expansão dos serviços, definida através de um maior número de Unidades Básicas de Saúde que oferecem atenção odontológica ao bebê. Essa expansão é considerada como uma das metas de implantação (SCARPELLI *et al.*, 1996), tendo em vista que o município modelo (Londrina) relatou oferecer o serviço em todas as unidades da zona urbana e rural. Também notou-se uma dificuldade por parte dos municípios de expansão do serviço à zona rural, uma vez que apenas 6,6% deles relataram tal oferta.

Segundo Pereira (1997), os programas coletivos voltados para os cuidados de saúde bucal para os bebês devem ser estruturados para os aspectos descritos a seguir.

a) Orientar a população a fim de que possa procurar assistência odontológica para crianças antes dos três anos.

Foi relatado que existe ainda uma grande dificuldade para conseguir a colaboração dos pais ou responsáveis, no sentido de retornarem para o atendimento e/ou realizarem as manobras preventivas no âmbito doméstico. Porém, sucessos também foram observados como, por exemplo, o município de Marmeleiro (população de 13.421 habitantes), cujo responsável afirmou haver uma boa experiência com as mães; e o município de Santo Antônio da Platina (população de 40.047 habitantes), que tem um maior retorno justamente por parte das famílias mais carentes.

b) Educar os pais e a família motivando-os em relação à adoção de medidas preventivas.

Nesse sentido, uma boa experiência foi relatada pelo município de Piraquara (população de 59.334 habitantes), no qual apenas seis bebês desenvolveram atividade de cárie dentro do programa, fato que indica uma boa conscientização dos pais ou responsáveis.

c) Realizar tratamento preventivo clínico e caseiro.

Foi relatado por um número considerável de municípios que a grande maioria da clientela ainda procura por tratamento curativo mais do que por prevenção.

d) Promover tratamento curativo sempre que necessário.

e) Disponibilizar atenção complexa e emergencial para casos inevitáveis e com indicação

precisa.

O que pôde ser observado é que o tratamento curativo (restaurador) tem sido realizado como rotina por 79,1% dos municípios.

Segundo Pinto (2000), as ações de proteção à saúde bucal de bebês se fundamentam num ativo envolvimento dos pais e responsáveis, estando muito ligadas aos programas da área materno-infantil e ao trabalho de pediatria de maneira geral. Constatou-se, neste estudo, que as formas de atendimento às crianças, como puericultura, pediatria, vacinação e a Pastoral da Criança são as principais responsáveis pelo encaminhamento de crianças para as Clínicas de Bebês. O fato de que, em 78,0% dos casos, as clínicas estão localizadas em unidades multiprofissionais pode ser visto como ponto positivo, uma vez que permite um maior contato entre a equipe de saúde bucal e outros profissionais envolvidos com a saúde infantil. A despeito disso, alguns municípios relataram dificuldade de aceitação e integração entre as equipes.

Outro ponto a destacar é o envolvimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com o encaminhamento dos pacientes, bem como o fato de algumas clínicas estarem instaladas em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF).

Finalmente, pôde-se observar que 65,9% dos municípios cumpriu a meta de atender 10% ou mais da população entre zero e 12 meses no primeiro ano de funcionamento das Clínicas de Bebês, e todos eles mostraram um aumento da clientela nos anos subsequentes. O fato de se ter demonstrado uma associação entre a percentagem da população coberta e o porte demográfico dos municípios indica que há necessidade da expansão do programa naqueles de maior porte, aumentando o número de Unidades Básicas de Saúde que oferecem atenção aos bebês, possibilitando assim uma maior cobertura da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. A expansão dos serviços a partir de sua implantação, prevista pelo projeto inicial, ocorreu em apenas 14,3% dos municípios.

2. Existe ainda grande dificuldade para conseguir a conscientização e colaboração das famílias, sendo que a maioria da clientela ainda procura por tratamento curativo.

3. Observou-se o envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como de algumas equipes do Programa de Saúde da Família, com o Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal.

4. O fato de se ter demonstrado uma associa-

ção entre a percentagem da população coberta e o porte demográfico dos municípios indica que há necessidade da expansão do programa naqueles de maior porte demográfico, aumentando o número de Unidades Básicas de Saúde que oferecem atenção aos bebês, possibilitando assim uma maior cobertura da população.

BALDANI, M.H.P.; LOPES, C.M.D.L.; KRIGER, L.; MATSUO, T. The dental assistance for infants in the state of Paraná, Brasil – profile of an early oral health program. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.31, p.210-216, maio/jun. 2003.

The aim of this study is to present the profile of an early Oral Health Assistance Program of the Health Department of Paraná State that was implemented in the cities of

this state between 1997 and 2000. A questionnaire was sent to representants of 149 counties and 96 answered it (64,4%). The results indicated that 84,9% of the counties have only one unit of dental clinic for infants, located downtown in the urban areas (74,0%), with one dentist and one assistant (52,3%). Only 6,6% of the counties treated infants of the rural areas. The percentage of population included in the program is related to the size of the county ($p < 0,0001$), with a tendency to increase in counties with smaller population ($p = 0,054$). Some difficulties were mentioned as the lack of awareness of the population and the need to improve dentists' knowledge, as well as teaching materials. In conclusion, to reach the program's aims, it is necessary for the program to be implemented in the most populated counties.

KEYWORDS: Public health; Oral health; Public health Dentistry; Dental care for children.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>> Acesso em 200-.
- CAMPOS, A.M.; GONINI, C.A.J.; ZAMPERINI, E.A.A.; AZEVEDO, R.D.A. Atenção odontológica à criança de 0 a 36 meses. In: LONDRINA. Secretária Municipal de Saúde. **Odontologia em Saúde Pública**. Londrina: MC, 1999 p.85-102.
- NARVAI, P.C. **Avaliação das ações de saúde bucal**. São Paulo, 1996. Exemplar mimeografado.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Rede de Controle de Saúde Bucal**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/> Acesso em 200-.
- PEREIRA, M.B.D. **Programa Odontológico do bebê, avaliação após 3 anos de implantação**. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, Departamento de Saúde Bucal, 1997. Folio.
- PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. 541p.
- SCARPELLI, B.B.; RICIOLI, S.R.; WALTER, L. R. F. **Programa de atenção precoce à saúde bucal**. Londrina: UEL, 1996 24p.
- WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996 246p.
- WALTER, L.R.F.; NAKAMA, R.K. Prevention of dental caries in the first year of life. *J Dent Res*, v.73, n.4, p. 773, Apr. 1994.

Recebido para publicação em: 22/01/2002

Enviado para reformulação em: 22/03/2002

Aceito para publicação em: 02/07/2002