

Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños¹

Célia Mara Garcia de Lima²

Pedro Fredemir Palha³

Maria Lúcia Zanetti⁴

Cristina Maria Garcia de Lima Parada⁵

Este estudio objetivó verificar la comprensión de las experiencias de los familiares en relación al cuidado con la salud bucal de los niños. Es un estudio cualitativo, realizado en 2007, en un distrito de salud del municipio de Ribeirao Preto-SP, con 12 cuidadores. Se utilizó el referencial teórico de la vulnerabilidad y la perspectiva hermenéutica. Tres categorías empíricas fueron elaboradas: los significados del cuidado con la salud bucal, en busca de las causas y de la prevención de daños bucales, y la realidad de los servicios de salud bucal. Entre otros elementos potencializadores de la vulnerabilidad infantil a los daños bucales, emergieron la supervalorización de la causalidad biológica, la atención de alta complejidad y la odontología estética; y, entre los protectores, la valorización de la sabiduría popular y la integración de acciones y conocimientos profesionales. Se señala que debe ser efectuada la revisión de las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal, ofreciendo elementos para auxiliar a los servicios de salud a reorganizar el cuidado con la salud bucal de niños.

Descriptores: Salud Bucal; Vulnerabilidad; Niño.

- ¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "A saúde bucal da criança na primeira infância: o olhar do cuidador familiar" presentado en el Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil.
- ² Cirujana dentista, Doctor en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: lima@eerp.usp.br.
- ³ Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br.
- ⁴ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: zanetti@eerp.usp.br.
- ⁵ Enfermera, Libre Docente, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil. E-mail: cparada@fmb.unesp.br.

Correspondencia:

Pedro Fredemir Palha

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro Monte Alegre

CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: palha@eerp.usp.br

Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal de crianças

Este estudo objetivou verificar a compreensão das experiências dos familiares em relação ao cuidado com a saúde bucal das crianças. É estudo qualitativo, realizado em 2007, em distrito de saúde do município de Ribeirão Preto, SP, com 12 cuidadores. Utilizou-se referencial teórico da vulnerabilidade e a perspectiva hermenêutica. Três categorias empíricas foram elaboradas: os significados do cuidado com a saúde bucal, em busca das causas e da prevenção de agravos bucais e a realidade dos serviços de saúde bucal. Entre outros elementos potencializadores da vulnerabilidade infantil aos agravos bucais, emergiu a supervalorização da causalidade biológica, do atendimento de alta complexidade e da odontologia estética e, entre os protetores, a valorização do saber popular e a integração de ações e conhecimentos profissionais. Aponta-se para a revisão das estratégias de prevenção e promoção de saúde bucal, fornecendo elementos para auxiliar os serviços de saúde a reorganizarem o cuidado com a saúde bucal de crianças.

Descritores: Saúde Bucal; Vulnerabilidade; Criança

Experiences of Family Members Regarding the Oral Health Care of Children

The aim of this study was to comprehend the experiences of family members regarding the oral health care of children. This was a qualitative study, conducted in 2007, in the health district of Ribeirão Preto, with 12 caregivers. The theoretical framework of vulnerability and the hermeneutical perspective were used. Three empirical categories were established: the meanings of oral health care, in search of the causes and prevention of oral diseases, and the reality of oral health services. Among other potentiating factors of infantile vulnerability to oral diseases, the overvaluation of biological causality, of high complexity care and of esthetic dentistry emerged, and among the protective factors, the valorization of popular knowledge and the integration of professional actions and knowledge were observed. This study indicates the necessity for a review of prevention and oral health promotion strategies and provides elements to assist health services to reorganize oral health care for children.

Descriptors: Oral Health; Vulnerability; Child.

Introducción

El niño, debido a las características de su etapa de desarrollo, depende de cuidados y soporte de la familia y/o de cuidadores, ya que el cuidado que recibe durante ese período tendrá influencia a lo largo de su vida⁽¹⁾. Dentro de esa perspectiva, padres y cuidadores son de fundamental importancia, por tomar las decisiones del día a día relativas a la nutrición, escolaridad y salud, entre otras. Entre las acciones dirigidas al bienestar del niño, los cuidadores asumen, también, responsabilidades relativas al cuidado con la salud bucal⁽¹⁻²⁾.

La promoción de la salud bucal incluye el desarrollo de buenos hábitos dietéticos y de higiene bucal, iniciados

precozmente, así como acciones colectivas por medio de políticas sociales efectivas⁽²⁾. Entre los problemas de salud bucal que afectan a los niños en la primera infancia, las alteraciones de las encías, la mala oclusión y las caries dental son los más frecuentes⁽³⁾.

La caries dental representa la enfermedad bucal de mayor impacto epidemiológico y constituye un problema de salud pública. Presenta alta prevalencia en la mayoría de los países, con alto costo financiero y social para las instituciones de salud y sociedad y tiene su prevención relacionada a una serie de factores de orden general e individual^(2,4).

Al considerar que en la Odontología, las actividades preventivas se han centrado en el concepto de riesgo – factores y comportamientos –, insuficientes para modificar el cuadro actual de salud bucal de los niños⁽⁵⁾, existe necesidad de ampliar la comprensión sobre esos determinantes.

El concepto de riesgo, desarrollado por la epidemiología, se constituyó en un instrumento de cuantificación de las posibilidades de enfermarse de individuos o poblaciones, a partir de la identificación de asociaciones entre eventos o condiciones patológicas y otros eventos y condiciones no patológicas, casualmente relacionables⁽⁶⁾. Traducidos como probabilidad de ocurrencia, esas relaciones de causa-efecto ofrecen explicaciones parciales de las probabilidades de enfermarse.

En ese sentido, es necesario prestar atención para los límites del uso del “riesgo” en las acciones de prevención y de promoción de salud, ya que no siempre ese concepto consigue explicar la complejidad de los fenómenos de la salud, dejando ocultos valores, necesidades de salud y significados culturales⁽⁶⁾.

Para mejor comprensión de la complejidad de los fenómenos relacionados a la ocurrencia de daños bucales en niños, se adoptó, en este estudio, el concepto de vulnerabilidad. La construcción del cuadro conceptual de la vulnerabilidad en el campo de la salud es relativamente reciente y está estrechamente relacionada al esfuerzo de superación de las prácticas preventivas apoyadas en el concepto de riesgo⁽⁶⁻⁸⁾. Este concepto se refiere a la probabilidad de exposición de las personas a las enfermedades, como resultante de un conjunto de aspectos no apenas individuales, pero también colectivos y contextuales, que ocasionan mayor susceptibilidad a la ocurrencia de patologías y, de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos de todas las órdenes para que se protejan contra enfermedades. Los análisis de vulnerabilidad envuelven la evaluación articulada de tres ejes interrelacionados: el individual, el social y el programático^(6,8).

Entre las numerosas posibilidades de discusión del tema, este estudio tuvo como objetivo comprender las experiencias de los familiares en relación al cuidado con la salud bucal de los niños. Se espera, escuchando a los cuidadores habitantes del Distrito de Salud Este de Ribeirao Preto, comprender su perspectiva de cuidado, de forma a subsidiar la reorganización de los servicios de salud y ampliar el objetivo de sus acciones.

Método

Se optó por la metodología cualitativa, una vez que

el carácter interpretativo busca significados atribuidos a concepciones y prácticas de salud, elaborados por determinados sujetos sociales. Se utilizó el apoyo de la Hermenéutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer, que ofreció los conceptos para una aproximación más adecuada de la naturaleza interpretativa de la producción empírica⁽⁹⁾. Así, la interpretación respetó la regla hermenéutica, según la cual la comprensión del todo ocurre con base en lo singular, y lo singular, con base en el todo, por medio de lecturas exhaustivas y repetidas que tenían por objetivo ampliar la unidad del sentido por la concordancia de todas las partes singulares con la totalidad de los resultados.

Por otro lado, la búsqueda por superar el concepto de riesgo como perspectiva única para pensar las acciones de promoción y prevención en salud bucal hizo referencia al cuadro conceptual de la vulnerabilidad.

El estudio fue realizado en el área que abarca un distrito de salud, por entender que este puede ser representativo del municipio como un todo.

A pesar de que el foco central fue la salud bucal de los niños, el sustrato empírico fue obtenido a partir de entrevistas con sus cuidadores familiares. Se optó por estudiar a los niños al término de la primera infancia, entre cinco y cinco años y 11 meses. Considerando la demanda de atención, se obtuvo a partir del Sistema de Informaciones de la Secretaría Municipal de Salud, una relación con todos los niños de ese intervalo de edad atendidos durante dos meses del año de 2007 en las seis Unidades de Salud del Distrito Este, totalizando 198 niños. Fueron seleccionados dos niños de cada unidad de salud con condiciones diferentes de salud bucal, esto es, una que tuviese solamente atenciones odontológicas preventivas y otra con atenciones odontológicas por razones curativas. Se inició la selección por el último niño de la lista y, a partir de ella, se buscó al cuidador familiar, como madres, padres y abuelos, haciendo un total de 12 personas, los sujetos de la investigación. Ese número de participantes fue definido, al principio, con posibilidad de ser ampliado caso hubiese necesidad. Sin embargo, en el transcurso de la investigación, se mostró suficiente, una vez que el material empírico obtenido permitió trazar un cuadro comprensivo de la cuestión investigada⁽⁸⁾.

Recolección del material empírico

Se utilizó la entrevista semiestructurada y, para esto, se elaboró un guión objetivando la identificación de aspectos individuales (cognición, conocimiento, comportamiento, actitudes, valores, deseos, intereses, habilidad y creencias), sociales (acceso a redes sociales, educación y cultura; participación política y *status* socioeconómico) y programáticos (acceso, tipo de

cuidado, acciones programáticas, calificación profesional, intersectorialidad e integralidad), a fin de dar soporte al análisis de la vulnerabilidad de los niños en la ocurrencia de daño bucales.

La recolección del material empírico fue realizada en el domicilio del cuidador, después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Las entrevistas sucedieron en un único encuentro, con duración promedio de dos horas, siendo grabadas en cinta magnética y, posteriormente, transcritas en su totalidad. El guión de la entrevista fue recorrido subordinadamente a la dinámica que el propio entrevistado le dio a la narrativa, ofreciendo, de esa forma, la posibilidad de que ellos discurriesen libremente sobre el tema propuesto.

Los resultados son presentados bajo la forma de trechos de las declaraciones de los cuidadores. En el inicio de los trechos, está especificado, entre paréntesis, el grado de parentesco con el niño, y al final el apodo ficticio del cuidador. La presentación de las declaraciones transcritas respetó la variedad lingüística utilizada por los participantes. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto-USP (Protocolo nº 0152/2005).

Resultados

A partir del análisis de vulnerabilidades, fueron identificadas tres categorías empíricas: a) los significados del cuidado con la salud bucal, b) en búsqueda de las causas y de la prevención de daño bucales, y c) la realidad de los servicios de salud bucal.

El significado del cuidado con la salud bucal

La representación que los individuos poseen sobre la salud bucal es determinante para las acciones que practican en el día a día y configuran sus prácticas. La comprensión sobre lo que los cuidadores consideran como cuidado y como cuidado con la salud bucal está evidenciada en las siguientes declaraciones:

(madre) *Yo estoy cuidando, yo no quiero que se enferme, la hora que tiene una tosecita que yo veo que está encatarrada, yo digo: Voy darte una inhalación [...] y cuantas veces yo doy medicamento de yerbas mismo, en casa, porque yo sé que es malo, pero es mejor que la inyección* (Familia Figueiredo).

(madre) *mi madre, ella siempre hacía esas cosas, algodón con remedio, no sé lo que en el diente, ajo con aceite caliente, ella hacía también un cocido con yerbas, ella hacía muchas cosas de la huerta, ella molía una cosa verde lo ponía adentro y resolvía, parece que no, pero yo y mis hermanos, nosotros conseguíamos dormir* (Familia Santana).

La buena salud bucal apareció idealizada en la buena

aparición estética, sobreponiéndose a las cuestiones funcionales, conforme ilustra los relatos a seguir:

(madre) *[...] estoy con un diente, trate hace poco tiempo, pero ese diente se dañó [...] en mí, yo quería hacer un clareado para mis dientes quedar blanquitos, que con el tiempo está amarillando, falta de cuidado, que sé yo. Y en ellos (hijos) la misma cosa también* (Familia Vetorazo).

(madre) *[...] el N. (hijo) yo necesito ver se él necesita usar aparato en la boca* (Familia Nogueira).

(abuela) *[...] con seguridad, la primera cosa que yo iba a hacer es implante de diente* (Familia Reparate).

En busca de las causas y de la prevención de daños bucales

Diversos factores son determinantes para el desarrollo de enfermedades bucales, particularmente, de la caries dental. En el presente estudio, se observó que los cuidadores asocian las enfermedades bucales, frecuentemente, a la dimensión biológica, lo que induce al entendimiento de que las personas se enferman por descuido propio, desencadenado en ellas sentimientos de culpa. Por ejemplo:

(madre) *[...] dulce, porque dulce acaba con el diente, caramba ¡qué barbaridad! Chiclee, caramelo [...] yo pienso que también puede ser de mi parte, ¿entiende? Se yo fuese más estricta con ella (hija), estar siempre controlando, porque ella es terrible para cepillar los dientes* (Familia Galante).

(madre) *[...] de no estar cepillando los dientes después de las comidas, porque yo también, a veces, en esa agitación... entonces yo pienso que lo que llevó un poco fue eso* (Familia Figueiredo).

La prevención de enfermedades bucales fue, frecuentemente, asociada a prácticas de cuidado, en especial aquellas relacionadas a la alimentación (control del azúcar), a la higiene bucal (práctica del cepillado y uso de hilo dental) y las visitas periódicas al cirujano-dentista, conforme los relatos a seguir:

(madre) *¡Ah! Si, yo cambié mucho la parte de alimentación, la reeducación alimentar, los hábitos que estamos teniendo más con la salud ahora, la parte de boca, mejoró mucho* (Familia Figueiredo).

(madre) *[...] tratando de cepillar más veces, porque antes no, lo que entendíamos cuando yo vivía en el interior es que cepillar los dientes sólo de mañana al levantarse [...] Era así que lo que conocíamos* (Familia Mendoza).

(abuela) *[...] ustedes los profesionales (dentistas) tienen todos los aparatos, ustedes observan las cosas en los mínimos detalles, nosotros apenas con el ojo es muy difícil, entonces si el niño fuese mucho más veces al dentista, con seguridad ayudaría más* (Familia Reparate).

La realidad de los servicios de salud bucal

El cuidado con la salud bucal fue visto como intrínsecamente unido al sistema de servicios de salud públicos y privados. Para los cuidadores, la condición de salud bucal de los individuos depende directamente de la accesibilidad a los servicios de salud y de la disponibilidad de tratamiento. La dificultad de acceso al servicio odontológico, la ausencia de retornos para acompañamiento, la falta de resolutivez de las acciones, la dificultad de acceso a los servicios de mayor complejidad y la ausencia de cuidado multiprofesional fueron situaciones referidas por los cuidadores como potencialmente perjudiciales, pudiendo comprometer la integralidad de la atención, conforme sigue:

(padre) [...] *ahí en el puesto hay una lista de espera inmensa que lleva más de año* (Familia Pereira).

(madre) [...] *ahora, sobre encaminamiento yo pienso que es demorado, porque hace más de un año que yo estoy esperando* (Familia Martins).

(madre) [...] *la pediatra ya debía examinar la boca cuando mira la garganta y comentar: mira madre, ahora usted tiene que comenzar a cuidarse y tal porque el diente es así, dañado. No nunca, nunca una médica habló eso para mí* (Familia Santana).

(padre) [...] *la enfermera podría estar haciendo ese papel, enseñar como cepillar los dientes, pero ella no lo hace* (Familia Pereira).

(madre) [...] *yo pienso que toda escuela, por lo menos en el básico, las profesoras deberían tener una orientación dentro de la escuela, comenzar desde allí* (Familia Vetorazo).

Discusión

La mirada sobre el niño expone su dependencia en relación a los cuidados de salud, así como su inserción en un contexto familiar y social. Niño, cuidador y grupo familiar, generalmente, viven en el mismo ambiente y siguen la misma tradición y costumbres relacionadas a los cuidados de salud. Así, un proyecto terapéutico debe incorporar acciones de cuidado a la salud que trascienda la clínica limitada a la cura de enfermedad y valore el contexto, los determinantes sociales, la subjetividad del proceso salud-enfermedad, así como la inserción de los usuarios como seres activos, autónomos y participativos⁽¹⁰⁾.

De esta forma, comprender, aceptar y reflexionar sobre la sabiduría práctica permiten tomar el cuidado del niño en el contexto de la familia, en sus relaciones con los servicios de salud, comunidad, escuela y otros sectores sociales. La atención dirigida para los intereses y singularidades de los niños y sus familias aporta elementos

esenciales para la construcción de espacios de cuidado y ampliación de horizontes⁽¹¹⁾.

Ratificándose esa concepción, en los discursos de los cuidadores, el cuidado con la salud apareció basado tanto en el conocimiento científico (inhalación/inyección), como en el empírico (medicamento de yerbas). En este sentido, se entiende la necesidad de una práctica odontológica apoyada en la composición de saberes, ya que solamente así es que se alcanza una clínica que representa la vida real, con capacidad terapéutica⁽¹²⁾.

Sin embargo, los proyectos educativos en salud, en Brasil, todavía hoy siguen siendo mayoritariamente inscritos en la perspectiva de transmisión de un conocimiento científico y especializado, para una población leiga, cuyo saber vivir es poco valorizado y/o ignorado⁽¹³⁾.

Un estudio realizado en una comunidad rural en el estado de Minas Gerais, utilizando las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal de madres de escolares, identificó el uso de recursos caseros tratando de solucionar problemas de salud bucal, práctica común entre la población rural⁽¹⁴⁾. Así como ese autor, también las conductas aquí relatadas pueden ser relacionadas a valores culturales construidos históricamente, así como a la falta de acceso al sistema de salud, como verificado en sus relatos.

La representación de la salud bucal apareció idealizada en la buena apariencia estética, reflejando el comportamiento de la sociedad actual. La apariencia estética tiene fuerte influencia en la formación de la autoestima de los individuos y es determinante para el desarrollo de relaciones interpersonales positivas y para impresión de una imagen profesional de suceso y competencia⁽¹⁵⁾.

Los cuidadores refirieron que la buena salud bucal es obtenida, principalmente, por medio de atención en el nivel de alta complejidad, lo que expone el poder de seducción de la tecnología, llevando a las personas a creer que la salud bucal se da a partir de ella. En este sentido, los cuidadores entienden que ellos y los niños necesitan, primariamente, de clarear la dentadura, aparato de ortodoncia e implantes. El aumento de la comercialización de los servicios de salud y la vinculación de propagandas por los medios de comunicación, que ofrecen la emergente odontología cosmética para los que pueden pagar, ha oscurecido la distinción entre salud y estética⁽²⁾.

En cuanto a los determinantes de la ocurrencia de daños bucales, los cuidadores apuntaron que esos se relacionan, particularmente, a factores biológicos y a la responsabilidad individual. Ellos mencionaron la ingestión de dulces como una de las principales causas para el desarrollo de la caries dental.

Las prácticas de higiene, también, fueron relacionadas a la caries dental, y el foco fue su descuido. Así, el reconocimiento, por los cuidadores, de la asociación entre higiene bucal deficiente y caries dental acabó desencadenando en ellos una mezcla de embarazo y de culpa. Prácticas moralistas todavía son comunes en el campo de la salud y, particularmente, en la odontología. Así, la persona que presenta algún problema de salud evitable, como es el caso de la caries dental, pasa a ser vista como si tuviese hecho algo equivocado para estar así. Y, ese hacer algo equivocado, acaba siendo juzgado tanto del punto de vista biológico como moral⁽¹⁶⁾. Sin embargo, cuando se exige el juzgamiento moral de determinadas prácticas de salud, se amplían las posibilidades de cuidado.

Sin embargo, al conceptualizar los fenómenos de salud-enfermedad-cuidado como procesos socio-históricos, complejos e inciertos, los modelos causales, significando estructuras de determinación efecto-específicas, muestran no ser los dispositivos heurísticos más adecuados para referenciar tales fenómenos. Por otro lado, la multicausalidad, como es reconocida la etiología de la caries dental por muchos, también no indica cualquier aumento substancial del nivel de complejidad. Multiplicar causas y/o efectos de modelos explicativos no resuelve las limitaciones fundamentales de la causalidad; este abordaje acaba refiriéndose particularmente a la complicación y no a la complejidad del fenómeno⁽¹⁷⁾.

Las declaraciones de los cuidadores en cuanto a la prevención de daños bucales, particularmente de la caries dental, fueron frecuentemente, asociadas a las prácticas de cuidado, en especial aquellas relacionadas a la alimentación (control de azúcar), a la higiene bucal (práctica diaria de cepillado y uso de hilo dental) y a visitas periódicas al cirujano-dentista.

En este sentido, el discurso dominante entre los cuidadores relacionó la prevención a las normas dietéticas y de higiene, o sea, la salud bucal para ellos se resumió a la actividad de cuidar del cuerpo, no reconociendo la influencia de cuestiones psicosociales, socioeconómicas y culturales tanto en la génesis como en la posibilidad de respuesta a los daños bucales. Una de las mayores barreras en asegurar el cuidado de la salud bucal a toda niño es la tendencia en estructurar los problemas de salud en términos de responsabilidad de los padres y no de políticas sociales⁽²⁾.

Hubo referencia a que la actuación del cirujano-dentista es fundamental para una buena salud bucal. La relación entre las condiciones de salud bucal y el contacto con el profesional, sea con objetivos informativos, preventivos o curativos, revela la dependencia que los

cuidadores al identificar entre condición de salud bucal y consulta al cirujano-dentista. Es probable que la búsqueda por la asistencia sea fruto de lo que es preconizado por el sentido común, una vez que el modelo biomédico ha enfatizado a lo largo de los años esa necesidad. Sin embargo, eso no condice con lo que la literatura ha postulado. Se sabe que la asistencia odontológica ha contribuido muy poco para la mejoría de las condiciones de salud bucal de las poblaciones. Una investigación que analizó datos de 18 países industrializados reveló que la contribución de los servicios odontológicos en la reducción de caries dental en niños de 12 años fue de apenas 3%, en cuanto los aspectos socioeconómicos contribuyeron entre 35 y 50%⁽¹⁸⁾.

Para ampliar y perfeccionar las acciones de prevención, es necesario ir más allá de los aspectos biológicos e individuales, identificados por los cuidadores como únicos factores asociados a la ocurrencia de problemas bucales y caminar en dirección a las cuestiones colectivas, relacionando esos determinantes a la dimensión programática y social, que inter-relacionados condicionan la vulnerabilidad del niño a la ocurrencia de daño bucales.

En relación a la situación de los servicios de salud bucal, las declaraciones de los cuidadores apuntaron que la vulnerabilidad programática de los niños a la ocurrencia de daño bucales apareció reflejada en la dificultad de acceso al servicio odontológico, en la fragmentación de la atención a la salud y en la ausencia de cuidado multiprofesional.

En cuanto al acceso, los parámetros de cobertura asistencial del Sistema Único de Salud (SUS), utilizados por el Ministerio de la Salud para la planificación de recursos odontológicos, son de una consulta a cada dos años y hasta dos consultas odontológicas al año⁽¹⁹⁾, siendo que el ingreso en el sistema de salud debe ser, en el máximo, a partir del sexto mes de edad⁽²⁰⁾. Sin embargo, aproximadamente 15% de la población brasileña nunca tuvo acceso al tratamiento odontológico; apenas 33,2% de los brasileños consultaron el cirujano-dentista en el último año y, entre menores de cinco años, 81,8% de los niños nunca consultaron un cirujano-dentista⁽²¹⁾. Así, los resultados del presente estudio en cuanto al acceso de los niños y familiares al servicio odontológico en el municipio están en concordancia con los datos brasileños.

La salud bucal en el Brasil, históricamente, no han sido contemplada satisfactoriamente. Entre tanto, en el momento se apunta la nueva política de salud bucal nacional, el Brasil Sonriente, como una iniciativa que puede modificar esta realidad, con inyección de recursos específicos para esta área. Es la primera vez que el

gobierno federal propone desarrollar una política nacional de salud bucal, o sea, un conjunto de acciones que van más allá de los incentivos aislados en esa área. Además de la atención básica, esa política preconiza que la población tenga acceso, también, a tratamiento especializado en la red pública, por medio de Centros de Especialidades Odontológicas⁽²²⁾.

Los cuidadores refirieron que son varios los espacios y los profesionales que pueden compartir, con el dentista, el cuidado con la salud bucal. Ellos reconocieron la importancia del médico pediatra, de los profesionales de la enfermería y de los profesores como coadyuvantes del cuidado con la salud bucal del niño.

Conceptualmente, el abordaje de cuestiones relativas a la salud bucal constituye un campo de saberes y responsabilidades comunes o confluentes a varias profesiones o especialidades. Así, los diversos profesionales envueltos en el cuidado con el niño, al observar la presencia de lesiones de caries o en los tejidos blandos bucales durante los exámenes, deben encaminarlos formalmente para el servicio odontológico, viabilizando la atención específica del cirujano-dentista – núcleo de competencia⁽²³⁾. Sin embargo, algunos estudios apuntan deficiencias en el conocimiento de los profesionales de diferentes áreas en relación a la salud bucal, lo que limita sus actuaciones en la promoción de la salud integral a los niños⁽²⁴⁾. Es necesaria una mayor integración entre los profesionales, de la salud y de la educación, y cirujanos-dentistas, así como entre sus áreas de conocimiento.

Consideraciones finales

Los relatos de los cuidadores retratan la complejidad que es el cuidado relacionado a la salud bucal y, al mismo tiempo, permitieron la identificación de numerosos elementos que interfieren en este.

Cuando está concentrado apenas en la salud bucal del niño, el cuidado se muestra limitado, una vez que la salud del niño está entrelazada con la del cuidador y la de otros familiares. Esa situación lleva a la necesidad de actuar junto a la familia, con la finalidad de disminuir su vulnerabilidad, mediante intervenciones que promuevan su fortalecimiento y la Estrategia Salud de la Familia apunta en esa dirección.

Con el objetivo de expandir las posibilidades de cuidado en la salud bucal del niño, es necesario que las acciones preventivas extrapolen el riesgo biológico, contextualizándolo en una perspectiva más amplia y compleja. Como cuestión vital, está el reconocimiento del otro en su singularidad, respetando sus experiencias, creencias y valores y buscando, por medio de elecciones

compartidas y responsables, el verdadero encuentro que es la base del cuidado. Para esto, es fundamental la calificación profesional para viabilizar prácticas fundamentadas en esos conceptos.

Por otro lado, se entiende que el cuidado con la salud bucal del niño, compartido por diferentes profesionales – médicos pediatras, enfermeros, profesores, agentes comunitarios de salud y funcionarios jardines infantiles (kindergarten) –, favorece la atención integral a su salud en las diferentes fases de su desarrollo. Así, la integración de acciones y conocimientos entre los diversos profesionales debe ser una directriz básica en los servicios de salud y de educación, de forma que cada profesional asuma su responsabilidad en el cuidado con la salud del niño. Se piensa que, con la institución de esas alianzas, se abren nuevas posibilidades de actuación para los profesionales y de ampliación del cuidado infantil.

Por último, se considera que la vulnerabilidad del niño a los daños bucales sigue siendo resultado de un conjunto de características de los contextos político, económico y sociocultural, que amplían o disminuyen su riesgo individual. De esta forma, al trabajar la vulnerabilidad social, permanece el desafío de realizar inversiones en programas de promoción, prevención y asistencia, abriendo espacios para el diálogo y la comprensión sobre obstáculos estructurales. Ese desafío contempla la superación de la vulnerabilidad programática, con la búsqueda de la universalidad del acceso al servicio de salud bucal, la superación de la fragmentación de la atención en salud, la inversión en el trabajo multiprofesional e interdisciplinar y la capacitación profesional, para que, en el plano de las prácticas personales, creencias y valores puedan, de hecho, proteger al niño de los daños bucales.

Referencias

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Situação da Infância Brasileira 2006. Brasília (DF); 2005. 233 p.
2. Mouradian WE. The face of a child: children's oral health and dental education. *J Dent Educ.* 2001;65(9):821-31.
3. Ministério da Saúde (BR). Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília (DF): Coordenação Nacional de Saúde Bucal; Ministério da Saúde; 2004. 52 p. Resultados Principais.
4. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health.* 2006;42:37-43.
5. Lima CMG. Prevenção da cárie precoce na infância: uma visão através da vulnerabilidade e da promoção da saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem

- de Ribeirão Preto/USP; 2001.
6. Ayres JRMC, Calazans GJ, Saletti HC Filho, França I Júnior. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Júnior, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2007. p. 375-417.
 7. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito vulnerabilidade pela enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;16(5):923-8.
 8. Ayres JRMC, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006;96(6):1001-6.
 9. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1997.
 10. Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(2):174-9.
 11. Mello DF, Lima RAG. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(4):580-5.
 12. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic., Saúde, Educ. 2005;9(16):161-8.
 13. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRMC. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1335-42.
 14. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(1):245-59.
 15. Kreidler MAM, Rodrigues CD, Souza RF, Oliveira OB Júnior. Ficha de anamnese estética. RGO. 2007;53(1):17-22.
 16. Buchadqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. Rev Bras Educ Médica. 2006;30(1):32-8.
 17. Almeida Filho N, Coutinho D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. Physis: Rev Saúde Colet. 2007;17(1):95-137.
 18. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-years-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. Community Dent Oral Epidemiol. 1995;23(6):331-9.
 19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. [internet]. [acesso: 20 mai 2006]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>.
 20. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Coordenação Nacional de Saúde Bucal; Ministério da Saúde; 2004. 16 p.
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003. [internet]. Rio de Janeiro (RJ): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD). [Acesso em: 30 jun 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
 22. Pucca GA Júnior. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):243-6.
 23. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 229-66.
 24. Al-Habashneh R, Aljundi SH, Alwaeli HA. Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. Int J Dent Hyg. 2008;6(3):214-20.

Recibido: 26.8.2009

Aceptado: 27.4.2010

Como citar este artículo:

Lima CMG, Palha PF, Zanetti ML, Parada CMGL. Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011 [acceso en: ____ ____ ____];19(1):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

mes abreviado con punto