

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROPOSTA DE AÇÕES DE SAÚDE BUCAL PARA
CRIANÇAS DE UM A NOVE ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Jerusa Maria Carvalho de Campos

Pompéu – MG
2012

Jerusa Maria Carvalho de Campos

**PROPOSTA DE AÇÕES DE SAÚDE BUCAL PARA
CRIANÇAS DE UM A NOVE ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

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

Orientador: Ms. Heriberto Fiuza Sanchez

Pompéu – MG
2012

Jerusa Maria Carvalho de Campos

**PROPOSTA DE AÇÕES DE SAÚDE BUCAL PARA
CRIANÇAS DE UM A NOVE ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

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

Orientador: Ms. Heriberto Fiuza Sanchez

Banca Examinadora

Prof. Ms. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Artigos selecionados que detalham os fatores etiopatogênicos da cárie dental, revisão de literatura sobre promoção da saúde bucal de crianças na faixa etária de um a nove anos, 2012. 12
- Tabela 2 – Artigos selecionados que detalham as ações de prevenção e promoção da saúde bucal de crianças em idade pré-escolar e escolar, revisão de literatura sobre promoção da saúde bucal de crianças na faixa etária de um a nove anos, 2012. 21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAPD –	American Academy on Pediatric Dentistry
ADA –	American Dental Association
CDC –	Centro de Prevenção e Controle das Doenças dos Estados Unidos da América (EUA)
Ceo-d –	Dentes decíduos cariados, perdidos e obturados
ECC –	Cárie precoce na primeira infância
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
MS –	<i>Streptococcus Mutans</i>
OPAS-	Organização Panamericana da Saúde
OMS-	Organização Mundial da Saúde
S-ECC –	Cárie dentária severa na primeira infância

RESUMO

Dentro de um programa de atenção odontológica precoce, a identificação do risco de cárie é uma etapa fundamental para o sucesso do trabalho de promoção e manutenção da saúde bucal. Ao se determinar o risco de uma patologia, observa-se a possibilidade que o indivíduo tem de vir a desenvolvê-la e, dessa forma, pode-se estabelecer, de maneira mais segura, medidas adequadas capazes de prevenir ou interceptar o seu processo de instalação. Os achados epidemiológicos relativos à cárie dental e as investigações a respeito de sua etiopatogenia mostram haver uma nítida relação entre fatores biológicos e sociais em seu processo de instalação e progressão, devendo ser levados em conta durante os processos preventivos e interceptativos. Nesse sentido, este trabalho teve por objetivo propor, por meio da revisão da literatura, ações para a promoção de saúde bucal de crianças na faixa etária de um a nove anos de idade, contribuindo para a redução dos níveis de cárie dentária. A pesquisa por artigos indexados foi realizada nos sítios da BIREME/OPAS/OMS, utilizando as palavras-chave “saúde bucal crianças”, “cárie dental crianças”, “prevenção”, “atenção primária à saúde” e “promoção da saúde bucal”. Apontou a promoção da saúde, através de ações educativas em saúde como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos a assumirem ou melhorarem as suas condições de saúde e, por conseguinte, de vida, com a aquisição de conhecimentos (informação), de desenvolvimento de habilidades (instrução), da formação de atitudes e da criação de valores que levem a criança e/ou seus pais a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde e da saúde dos outros (motivação). É possível obter, como resultado, uma mudança de hábitos e práticas que levam à preservação e à manutenção da saúde bucal da criança de um a nove anos, com a participação efetiva dos pais.

Palavras-chave: Saúde bucal, promoção da saúde, criança de 1 a 9 anos.

ABSTRACT

In a program of dental care, early identification of caries risk is a fundamental step for the success of efforts to promote and maintain oral health. In determining the risk of a disease, individual possibility to develop it can be established and more secure, appropriate measures can prevent or intercept the process of installation. The epidemiological findings related to dental caries and investigations regarding its pathogenesis have shown a clear relationship between biological and social factors in the process of onset and progression and should be taken into account during the preventive and interceptative processes. Thus, this study aimed to propose, through literature review, actions to promote oral health on children aged one to nine years of age, contributing to reducing levels of dental caries. A search of indexed articles, held at the site of BIREME / PAHO / WHO, using the keywords “children oral health”, “dental caries children”, “prevention”, “primary care” and “oral health and health promotion” pointed out that the educational activity in health is a process that aims to empower individuals or groups to take or improve their health and therefore life, with the acquisition of knowledge (information), skills development (education), the formation of attitudes and the creation of values that lead to child and / or their parents to act in their day-to-day, for the benefit of their health and the health of others (motivation). As a result, a change on habits and practices can lead to the preservation and maintenance of oral health of 1-9 year-old children, with the effective participation of parents.

Key-words: Oral health, Health promotion, 1-9 year-old children.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral.....	11
2.2 Específicos	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 RESULTADOS	13
4.1 Cárie dental	14
4.1.1 Fatores predisponentes da cárie dental	16
4.2 Prevenção primária	23
4.3 Promoção de ações educativas para a saúde bucal	26
5 DISCUSSÃO	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A educação gera prevenção e a prevenção eficiente educa. O vínculo interativo educação-prevenção é de suma importância na Odontologia.

A saúde pode ser conceituada como a perfeita e continua adaptação de um organismo a seu meio ambiente. Desse modo, a saúde bucal pode ser, especificamente, considerada como o equilíbrio existente entre os dentes e os demais componentes do ambiente bucal, acompanhado por um grau razoável de saúde geral do indivíduo (VADIAKAS, 2008).

Entretanto, a falta de valorização da saúde bucal por parte da população e a progressiva deterioração do sistema de saúde pública brasileiro demonstram, de forma clara, a necessidade de implantação da educação em saúde.

As crianças, entre os nove e os 12 anos de idade, completam o período de erupção dos dentes permanentes. Do ponto de vista epidemiológico, depois dos cinco anos de idade é que se inicia a história natural da cárie dentária, e que aumenta progressivamente. Os primeiros molares, por serem os primeiros a nascer, são os mais suscetíveis a sofrerem cáries (ALMEIDA *et al.*, 2009).

A razão da escolha desse tema partiu de uma avaliação de risco a cárie dentária realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Morro Doce, na cidade de Pompeu, no Estado de Minas Gerais, onde se detectou que, aproximadamente, 64% das crianças na faixa etária de um a nove anos apresentam um ou mais dentes com a doença cárie.

Para a população infantil, a Academia Americana de Odontopediatria, o Centro de Prevenção e Controle das Doenças dos EUA (CDC) e a Associação de Odontopediatria (AAPD) definem cárie ou cárie precoce na primeira Infância – ECC (em inglês) como qualquer tipo de lesão cariosa presente em crianças menores de seis anos e cárie dentária severa na infância ou S-ECC, quando a lesão começa nos incisivos superiores decíduos (ADA, 2008).

A cárie é reconhecida como uma doença infectocontagiosa, que resulta em perda localizada de minerais dos dentes afetados, causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação dos carboidratos da dieta, sendo uma doença de caráter multifatorial e, usualmente, crônica. Consequentemente, é considerada como

resultado da interação de três fatores biológicos principais: o hospedeiro, a microbiota e a dieta, sendo que esses fatores devem se interagir em condições críticas (AQUILANTE *et al.*, 2003). Mais que os fatores biológicos conhecidos, sem dúvida importantes, sabe-se que as condições gerais de existência dos indivíduos, como reflexo de sua cultura, economia, acesso aos serviços de saúde, educação, segurança, lazer, ou seja, tudo aquilo que envolve a vida das pessoas, são muito mais importantes que os fatores biológico isoladamente e definem com muito mais relevância a condição de saúde/doença das populações.

Percebe-se, portanto, a necessidade da implantação de um programa de prevenção da cárie dentária, principalmente na criança, para a manutenção de uma dentição sadia.

Esse fato motivou a elaboração dessa revisão de literatura, que tem como objetivo formular propostas, com base no conhecimento disponível, de ações preventivas em saúde bucal para crianças de um a nove anos atendidas na atenção primária. A importância desse trabalho é ampliar os conhecimentos, visando propor ações capazes de subsidiar a equipe de saúde do Morro Doce a compreender os determinantes do problema e propor intervenções.

A atenção à saúde bucal da ESF/Morro Doce está voltada para o atendimento clínico da demanda espontânea. Na cidade, existe uma ação mensal nas escolas e creches do município em que duas auxiliares em saúde bucal realizam escovação.

Dentro do contexto da educação e saúde, a escola, além da família, desempenha um papel importante no desenvolvimento do indivíduo, porque muitas crianças passam grande parte do dia nesse local, tornando-se um ambiente onde elas desenvolvem hábitos comportamentais e de saúde. Em um estudo feito por Massoni *et al.* (2010), os principais responsáveis pela educação em saúde bucal de crianças da 1ª a 4ª séries são os professores, a família e os profissionais de saúde.

Na equipe do Morro Doce não existe nenhum programa específico para as crianças.

Espera-se que os resultados desse trabalho propiciem um maior conhecimento em relação às ações necessárias para a manutenção da saúde bucal das crianças de um a nove anos. Pretende-se que os resultados obtidos sejam retomados para o gestor, o que poderá qualificar a gestão e o planejamento, melhorando, conseqüentemente, as condições de saúde e a qualidade de vida dessas crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Propor, a partir da revisão de literatura, ações para a promoção da saúde bucal de crianças na faixa etária de um a nove anos.

2.2 Específicos

- Contribuir para a redução dos níveis atualmente observados de cárie dentária entre a população infantil atendida na ESF – Morro Doce.
- Capacitar as crianças de um a nove anos do bairro Morro Doce e as suas famílias com melhores conhecimentos sobre os cuidados necessários para a manutenção da saúde bucal.

3 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, considerada apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Tal tipo de revisão permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre determinada temática específica, sendo caracterizada pela análise da literatura publicada em livros e artigos em formato impresso ou eletrônico (BERNARDO *et al.*, 2004).

Para alcançar o objetivo proposto, a pesquisa foi realizada nos sítios da BIREME/OPAS/OMS – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) por artigos indexados nas bases de dados *MEDLINE* (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Buscaram-se trabalhos na forma de artigo. Para cada base de dados, os termos ou palavras-chave foram selecionados nos idiomas inglês e português.

Assim, foram utilizadas, nas duas bases de dados, as expressões: “saúde bucal crianças”, “cárie dental crianças”, “prevenção”, “atenção primária à saúde” e “promoção da saúde bucal”.

Foram obtidos vários artigos, dos quais 33 foram selecionados, que foram lidos e analisados. A seleção foi feita por meio de estudos publicados a partir de 2000, considerando-se que as ações de saúde bucal foram incluídas como responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica do sistema público de saúde brasileiro (dentre essas atividades, as de educação em saúde bucal), bem como a inclusão das equipes de saúde bucal ao Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, até 2012.

4 RESULTADOS

Para entender quais as ações preventivas são possíveis para estabelecer um nível de educação infantil, o que se deseja com elas e o seu efeito sobre o desenvolvimento das potencialidades de escolares e pré-escolares, em sua qualidade de vida e bem-estar geral, os resultados foram divididos em tópicos.

O conhecimento da cadeia causal dos fatores etiopatogênicos da cárie podem ser, eficazmente, interrompidos em vários momentos e é possível na fase inicial da doença, antes que dê origem a um dano irreversível. A Tabela 1 detalha os estudos selecionados sobre a etiologia dessa doença.

Tabela 1 – Artigos que detalham os fatores etiopatogênicos da cárie dental, revisão de literatura sobre promoção da saúde bucal de crianças na faixa etária de um a nove anos, 2012.

Periódico	Ano	Vol. /Núm.	Autor e título
J Dent Res	2000	79/3	Mattila, M. L.; Rautava, P.; Sillanpaa, M.; Paunio, P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors.
Pediatr Dent	2003	25/2	Peretz, B.; Ram, D.; Azo, E.; Efrat, Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study.
Community Dent Health	2004	21/1 Suppl	Harris, R.; Nicoll, A.; Adair, P.; Pine, C. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature.
Eur J Paediatr Dent	2005	6/4	Pomarico, L.; Souza, I. P.; Rangel Tura, L. F. Sweetened medicines and hospitalization: caries risk factors in children with and without special needs.
Rev. Saúde Pública	2005	39/3	Peres, K. G.; Oliveira, C. T.; Peres, M. A. et al. Sugar content in liquid oral medicines for children.
Pediatrics	2006	28/3	Lima, C. M. G.; Watanabe, M. G. C.; Fredemir Palha, P. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família.
J. Dent Res	2006	85/3	Sohn, W.; Burt, B. A.; Sowers, M. R. Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition.
Odontologia. Clín.-Científ	2007	6/2	Theodoro, D. S.; Gigliotti, M. P.; Oliveira, T. M. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês.
Lancet	2007	369/9555	Selwitz, R.; Ismail, A.; Pitts, N. Dental caries.
Odontologia. Clín.-Científ	2008	7/1	Rihs, L. B.; Silva, D. D.; Sousa, M. L. R. Cárie dentária em crianças de município sem fluoretação da água, 2004.
Eur Arch Paediatr Dent	2008	9/3	Vadiakas, G. Case definition, aetiology and risk assessment of early childhood caries (ECC): a revisited review.

Tabela 1 (continuação).

Periódico	Ano	Vol. /Núm.	Autor e título
J Appl Oral Sci	2008	16/2	Sakai, V. T.; Oliveira, T. M.; SILVA, T. C. et al. Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility caries disease.
Community Dent Oral Epidemiol	2008	36/2	Declerck, D.; Leroy, R.; Martens, L. et al. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children.
Pediatr Dent	2008-2009	33/6	American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Affairs Committee. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children and adolescents
Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	2009	9/3	Almeida, T. F.; Cangussu, M. C. T.; Chaves, S. C. L. et al. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil.
RFO	2009	14/3	Deliberali, F. D.; Brusco, E. H. C.; Brusco, L. et al. Fatores comportamentais envolvidos no desenvolvimento da cárie precoce em crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo – RS, Brasil.
J Pediatr	2009	155/3	Tanaka, K.; Miyake, Y.; Sasaki, S. The effect of maternal smoking during pregnancy and postnatal household smoking on dental caries in young children.
J Clin Microbiol	2011	49/4	Tanner, A. C.; Mathney, J. M.; Kent, R. L. et al. Cultivable anaerobic microbiota of severe early childhood caries.

4.1 Cárie dental

Selwitz, *et al*, (2007) esclareceram que o mecanismo de produção da cárie é semelhante para todos os tipos de cavidades. Bactérias endógenas (principalmente estreptococos – *Streptococcus mutans* e *sobrinus* – e *Lactobacillus spp*) no biofilme produzem ácidos orgânicos fracos resultantes do metabolismo de carboidratos na dieta. Esse ácido provoca uma diminuição no pH local, a um nível abaixo do crítico, o que resulta no processo de desmineralização dos tecidos dentários. A desmineralização pode ser revertida em seus estágios iniciais pela absorção de cálcio, fosfato e flúor.

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD, 2008) definiu que a cárie dental na primeira infância é a apresentação agressiva da doença, em que há uma ou mais superfícies cariadas (com lesões cavitadas ou não), em crianças de zero a

71 meses. Em crianças menores de três anos, qualquer sinal de cárie em superfícies lisas é indicativo de cárie dentária grave de primeira infância. Entre os três e os cinco anos, uma ou mais superfícies cavitária perdida, devido à cárie ou obturada nos incisivos superiores, ou índice ceo-d (dentes decíduos cariados, perdidos e obturados) ≥ 4 (aos três anos), ≥ 5 (menos de quatro anos) ou ≥ 6 (aos cinco anos) constitui cárie dentária grave primeira infância.

Sakai *et al.* (2008) elaboraram um questionário para avaliar o conhecimento e atitude dos pais ou responsáveis de zero a cinco anos de idade em relação à transmissibilidade de bactérias cariogênicas (640 adultos, entre pais, avós, tios, babás ou outras crianças maiores). Quando questionados se a cárie dentária pode ser transmitida de pessoa para pessoa, 376 (58,7%) responderam que sim, 218 (34,1%) responderam que não e 46 (7,2%) não sabiam. Quase 100% dos adultos relataram que cada membro de sua família tinham a sua própria escova de dentes, 375 (58,6%) sopravam e provavam os alimentos das crianças, 262 (40,9%) não o faziam e 3 (0,5%) não sabiam. Além disso, 233 (36,4%) adultos relataram beijar os filhos na boca, enquanto 407 (63,3%) não tinham esse hábito. Quando questionados se as crianças já tinham cárie dentária, 107 (16,7%) responderam que sim, 489 (76,4%) responderam que não e 44 (6,9%) não sabiam. Os autores concluíram que o conhecimento detalhado sobre a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos ajuda a prever quais as crianças estão em risco, facilitando uma abordagem mais abrangente para a prevenção. Assim, a promoção de estratégias de saúde pública para a redução da probabilidade ou nível de colonização de SM dos pais e cuidadores é de grande interesse, uma vez que essas abordagens podem retardar a infecção por bactérias cariogênicas das crianças e, conseqüentemente, diminuir o risco de cárie dentária.

Vadiakas (2008), revisando a literatura sobre a cárie precoce na infância (ECC), com especial referência à nomenclatura, definição de caso, epidemiologia, etiologia e avaliação de riscos, concluíram que o termo ECC foi adotado para descrever com mais precisão a cárie dentária que afeta a dentição decídua, substituindo a terminologia utilizada, anteriormente, que associava a doença ao hábito de enfermagem. De acordo com esse autor, casos de ECC usam padrões de cárie como critérios de definição, no entanto, é necessário o aperfeiçoamento de diferentes expressões clínicas de gravidade variável. Porcentagens significativas de população de crianças pré-escolares são afetadas pela ECC, com a concentração

da doença, desproporcionalmente, em famílias carentes. A colonização precoce por estreptococos do grupo *mutans* (MS) está associada ao aumento do desenvolvimento da ECC, com a transmissão das bactérias de formas vertical e horizontal. Os fatores dietéticos relacionados ao consumo de açúcar predis põem à colonização inicial do MS e o aumento do risco de desenvolvimento da ECC. Comportamentos inadequados de amamentação também aumentam o risco, sem mostrar uma relação causal direta. As crianças de alto risco pertencem a grupos étnicos minoritários e de famílias de baixa renda com pobres comportamentos e atitudes dos pais. O autor concluiu que outros estudos de alta qualidade são necessários para explorar o papel que o grupo de bactérias MS pode ter no início e na progressão da cárie, elucidar a interação do sistema de defesa imunológica salivar com um dente potencialmente defeituoso e investigar o efeito que os fatores comportamentais têm sobre a cadeia causal que leva ao desenvolvimento da ECC.

De acordo com Tanner *et al.* (2011), a cárie dental é uma das doenças mais comuns e de fácil prevenção na infância. É uma doença multifatorial, crônica e, lentamente, progressiva na maioria das pessoas. Quando afeta a dentição decídua de crianças pré-escolares, comumente é chamado de cárie dentária na primeira infância. Consiste na destruição localizada de tecido duro susceptível (desmineralização do esmalte) por ácidos resultantes do metabolismo que realizam as bactérias sobre os carboidratos da dieta. Os sinais são visíveis no tecido duro, mas o processo é iniciado sob o biofilme bacteriano (placa bacteriana), que cobre a superfície dentária. O seu desenvolvimento é afetado pelo fluxo e composição salivar, a exposição ao flúor, o consumo de açúcares e por medidas preventivas de autocuidado, tais como a higiene bucal.

4.1.1 Fatores predisponentes da cárie dental

O aparecimento da cárie dental depende de três fatores biológicos principais: do hospedeiro, representado pelos dentes e pela saliva, das bactérias da flora bucal e da dieta consumida, todos interagindo em um período de tempo que permita resultar na desmineralização dos dentes.

Em um estudo prospectivo e longitudinal, realizado na Finlândia, que seguiu uma amostra de crianças desde o nascimento até os cinco anos de idade, Mattila *et al.* (2000) observaram que um maior índice ceo-d foi associado com escovação

irregular dos dentes das mães (OR 2,2, IC 95% 1,4 a 3,5) e a ocorrência anual de lesões cariosas nos pais (OR 2,6; 95% CI 1,9-3,6), entre outros. Os resultados revelaram que devem ser considerados não apenas a saúde bucal da criança, mas a saúde de toda a família. Os pais devem ser apoiados na criação de seus filhos, com a orientação de profissionais da área da saúde para o controle da saúde dos filhos, reforçando a instalação de hábitos saudáveis.

Peretz *et al.* (2001) compararam o incremento de superfícies cariadas por ano em pré-escolares com cárie precoce na infância, crianças com cárie posteriores apenas e crianças livres de cárie após sete a 10 anos. Cento e cinquenta protocolos de crianças foram incluídos no estudo. O primeiro exame se referia às idades de três a cinco anos (T1) e as visitas de acompanhamento ocorreram após, pelo menos, sete anos (T2). O número de superfícies de cárie foi gravado. A população do estudo foi dividida em três grupos de 50 pacientes cada: (1) crianças livres de cárie, (2) crianças com cárie em idade precoce e (3) crianças apenas com cárie posteriores. Os autores constataram que as crianças com cárie em idade precoce tiveram 1.15+/-0.97 novas superfícies afetadas por ano, enquanto que as livres de cárie tiveram um incremento, por ano, de 0,41 +/-0,60, e as crianças com cárie posteriores só mostraram um aumento por ano de 0,74 +/-0,64. A diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre as crianças com cárie em idade precoce e as livres de cárie, e entre as crianças com cárie em idade precoce e o grupo com cáries posteriores. O incremento de alta no grupo das crianças com cárie em idade precoce foi influenciado pelo elevado número de superfícies afetadas nos dentes primários. Pelos resultados encontrados, concluíram que as crianças com cárie em idade precoce podem ter um risco elevado para desenvolverem futuras lesões de cárie em comparação com as livres de cárie. As crianças com cárie posteriores demonstraram lesões de cárie, pelo menos, aos 12 anos de idade, no entanto, assemelham-se às crianças com cárie precoce, quando atingem a adolescência.

Conforme Harris *et al.* (2004), os fatores de risco físico e biológico incluem, entre outros, os seguintes: o fluxo e a composição salivar, o elevado número de bactérias cariogênicas, a inadequada exposição ao flúor, um componente do sistema imunológico e os fatores genéticos. Segundo esses autores, a cárie dentária está relacionada ao estilo de vida, portanto, os fatores comportamentais associados ao autocuidado também estão envolvidos. Entre eles estão: pobre higiene oral,

maus hábitos alimentares (consumo frequente de açúcares refinados e o consumo frequente de medicamentos açucarados).

No caso de crianças hospitalizadas e/ou que recebem tratamento farmacológico oral, a escovação dos dentes tende a não ser feita diariamente, como mostrado em um estudo transversal realizado por Pomarico *et al.* (2005). Os autores avaliaram os fatores de risco para a ocorrência de cárie: o nível de consumo de medicamentos, a frequência da higiene bucal e hábitos de higiene bucal durante a internação de crianças com e sem necessidades especiais, em um estudo transversal realizado por meio de um formulário pré-testado. Foram realizadas entrevistas com os responsáveis das crianças com (G1 – 116 crianças) e sem necessidades especiais (G2 – 86 crianças), de uma creche pública do Rio de Janeiro, Brasil. Constataram que o uso médio de medicamentos foi de 21,8 meses para o G1 – 24,5 e G2 – 7,2. Na amostra total, os medicamentos foram tomados, geralmente, à noite; 8,4% dos pais adoçavam antes da ingestão e a maioria das crianças não escovava os dentes após tomar os medicamentos. Mais da metade (61,9%) foi internada com uma duração média de 21,8 dias; 83 (66,4%) tiveram poucas internações; G1 – 62,8% e G2 – 77,4%. Alguns, 81,6% da amostra, relataram não escovar os dentes, enquanto hospitalizados. Os autores observaram maus hábitos de higiene bucal, quando da ingestão de medicamentos durante as hospitalizações, principalmente, entre as crianças com necessidades especiais.

Peres *et al.* (2005) relataram que o açúcar tem sido amplamente adicionado aos antibióticos e outros medicamentos pediátricos, a fim de melhorar a sua palatabilidade, sendo, portanto, uma fonte adicional de açúcar para pacientes pediátricos, ocasionando, conseqüentemente, alta prevalência de cárie. Em estudo realizado pelos autores com 13 pediatras e em 60 farmácias da cidade de Tubarão, Santa Catarina, verificaram que entre os 14 medicamentos mais vendidos/prescritos apenas quatro não apresentavam açúcares (cortisona, analgésicos e dois broncodilatadores). Todos os outros medicamentos vendidos e prescritos na área estudada apresentaram os níveis de açúcar cariogênicos em seus ingredientes. A concentração de açúcar encontrada variou de 8,6g/100g a 67,0g/100g. Apenas 50,0% de todos os medicamentos que continham os níveis de açúcar analisados apresentaram essa informação em suas instruções de uso. Os autores salientaram que reduzir o potencial cariogênico de medicamentos infantis deve ser motivo de preocupação para todos os profissionais de saúde. Do ponto de vista individual,

segundo esses autores, seria possível, por meio de educação das crianças e de seus pais, sobre a necessidade de escovar os dentes após cada dose, devendo os medicamentos ser tomados na hora das refeições e não entre elas, evitando-se tomá-los antes de dormir, e a necessidade de aplicações de flúor e atendimento preventivo odontológico regular.

De acordo com Lima, *et al* (2006), na etiologia da cárie, embora a sacarose seja o mais importante fator da dieta, há uma variedade de outros carboidratos fermentáveis, inclusive alimentos processados que contêm amido, glicose e maltodextrina (polímero da glicose).

Em um estudo de caso controle realizado por Slade *et al.* (2006) em uma população de crianças com cinco anos de idade no sul da Austrália, foram encontrados três fatores de risco com significância estatística: a ingestão regular de líquidos açucarados em menos de seis meses, dormir com mamadeira, contendo líquido açucarado e a autopercepção de saúde bucal regular ou ruim por parte dos pais. O início tardio da escovação (após 24 meses de idade) foi um fator de risco adicional com significância estatística, mas o seu efeito foi condicionado pelo nível de socioeconômico da família, sendo maior para as crianças de lares mais pobres.

Sohn, *et al* (2006) analisaram os dados sobre a ingestão de líquidos entre as crianças de 2-10 anos a partir de uma entrevista no NHANES III (1988-1994) para investigar o efeito do alto consumo de refrigerantes durante 24 horas sobre a cárie na dentição decídua. Quatro padrões de distintos consumos de líquidos foram identificados: refrigerantes, sucos, leite e água. Cerca de 13% das crianças tiveram um alto padrão de consumo de refrigerantes carbonatados e um número significativamente maior de cárie dentária na dentição decídua do que as crianças com outros padrões de consumo de líquidos. Um padrão de consumo de líquidos composto, principalmente, de água, leite e suco foi menos provável de ser associado à cárie dentária. Os resultados desse estudo sugerem que o alto consumo de refrigerantes por crianças pequenas é um indicador de risco para cárie dentária na dentição decídua e deve ser desencorajado.

Theodoro *et al.* (2007) constataram, em estudo realizado com 278 mães de bebês, de zero a três anos de idade, matriculados em creches públicas da cidade de Bauru/São Paulo, que o nível educacional, bem como o nível socioeconômico da família tem uma relação direta com o nível de saúde da criança. Verificaram que 43% das crianças receberam alimento cariogênico antes de completar um ano de

vida. A incorporação do açúcar na mamadeira ou alimentação predominou entre os seis e os 12 meses (24,65%), coincidindo com o período de erupção dos primeiros dentes; 20,54% dos 12 aos 18 meses e 17,8% dos dois aos seis meses. Uma porcentagem significativa das mães introduziu o açúcar na alimentação. Concluíram, afirmando que, de acordo com os resultados encontrados, que as mães com condição socioeconômica mais desfavorecida precisa receber mais informações sobre educação em saúde bucal para seus bebês.

Por sua vez, Rihs *et al.* (2007) ressaltaram que a prevenção e a promoção de saúde bucal da criança devem ser incentivadas o mais precocemente possível, visando interpor barreiras à história natural da cárie. Em estudo realizado pelos autores, objetivando avaliar a atividade de cárie na dentição decídua e verificar a prevalência de cárie (por meio do índice ceo-d), a necessidades de tratamento e a prevalência de defeitos de esmalte em 624 pré-escolares de cinco anos de idade, constataram que meninos apresentaram maiores necessidades restauradoras complexas e de exodontias, sugerindo piores condições bucais ou a procura tardia por algum tratamento.

Declerck *et al.* (2008), em um estudo transversal em crianças pré-escolares de três a cinco anos, na Bélgica, descobriram que o acúmulo de placa visível e o consumo frequente de bebidas açucaradas foram associados com a prevalência e a severidade de cárie, por isso afirmaram ser importante a criação de hábitos favoráveis à saúde bucal na infância.

Rihs, *et al.* (2008), em um estudo transversal, examinaram 99 crianças, de cinco e 12 anos (43 pré-escolares e 46 escolares), matriculadas em escolas públicas no município de Anelândia, no Estado de São Paulo. Foram utilizados os índices ceo-d e CPOD (dente cariado perdido e obturado). A prevalência de cárie foi de 74,4% para os pré-escolares e de 84,8% entre os escolares. Constataram que nos estágios iniciais da doença houve uma limitação na parte preventiva ou mesmo educativa em relação à saúde bucal. Por ser um município onde a água não era fluoretada, os autores concluíram que índices de cárie foram mais elevados que municípios outros dentro do estado.

Almeida *et al.* (2009) estimaram a prevalência e gravidade da cárie dentária, a alteração gengival e a maloclusão de 1.374 criança com cinco anos, em áreas cobertas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa Saúde da Família (PSF) de Salvador, Brasil. Constataram que 2.316 (85,8%) apresentavam cavidade, 115

(4,3%) haviam sido extraídos e 288 (10,7%) estavam obturados. A prevalência de cárie dentária foi de 49,6%, enquanto que 50,4% apresentaram-se livres de cárie, isto é, com $ceo-d = 0$. Em relação às afecções gengivais, apenas 102 crianças (7,4%) apresentaram alterações. Quanto à frequência de maloclusão, 720 (52,4%) crianças apresentavam oclusão normal, 342 (24,9%) maloclusão leve e 175 maloclusão moderada ou grave (12,7%), de acordo com os critérios do índice de maloclusão utilizados. Concluíram que os resultados evidenciaram uma elevada necessidade de tratamento restaurador, devido à cárie, e a necessidade de tratamento mutilador na população estudada.

Deliberali *et al.* (2009) verificaram a relação entre cárie precoce e os fatores comportamentais de risco na infância de 78 crianças de ambos os gêneros, na faixa etária de 12 a 67 meses. Foram analisados os hábitos de higiene bucal, hábitos alimentares (presença de amamentação natural, idade do desmame, amamentação natural noturna, limpeza após amamentação natural noturna, uso da mamadeira, uso da mamadeira noturna, mamadeira contendo sacarose, limpeza após o uso de mamadeira noturna, frequência de consumo de sacarose na dieta e idade de introdução do açúcar na dieta) e acesso ao flúor (água fluoretada, dentifrício fluoretado, aplicação caseira de flúor na forma de gel e bochechos, além de aplicação tópica profissional). A frequência de cárie precoce encontrada foi de 66,7%. Observaram que a idade média de início da higienização foi aos nove meses, não encontrando significância estatística entre a idade de início da higienização e a cárie precoce. A higiene bucal estava presente em 100% dos casos e, na maioria, 85,9%, era realizada mais de uma vez ao dia, não sendo encontrada correlação entre a frequência de higiene bucal e a cárie dental precoce. Não houve associação entre a amamentação materna e a artificial e a cárie precoce. Cem por cento das crianças possuíam acesso ao flúor. As crianças que consumiam sacarose com mais frequência apresentaram maior experiência de cárie precoce. Identificaram que as condições socioeconômicas, culturais ou comportamentais da criança e de sua família são um instrumento para possibilitar a prática odontológica e o entendimento do processo saúde-doença.

Tanaka *et al.* (2009) investigaram o efeito do tabagismo materno durante a gravidez e o tabagismo domiciliar pós-natal sobre a prevalência da cárie dentária em um estudo com 2.015 crianças, com idade de três anos. Informações sobre tabagismo materno durante a gravidez e a exposição pós-natal ao fumo do tabaco

no ambiente doméstico foram obtidas por meio de questionários. As crianças foram classificadas como tendo cárie se um ou mais dos dentes decíduos estivessem faltando ou houvesse sido obturados. Os autores constataram que em comparação com as não fumantes durante a gravidez, mas que não deixaram de fumar em algum momento durante a gestação, houve a associação do aumento da prevalência de cárie. Quanto ao tabagismo domiciliar pós-natal foi associado, positivamente, com a prevalência da cárie dentária. A relação dose-resposta foi observada entre a exposição pós-natal cumulativa ao tabaco no ambiente doméstico e cárie dentária. Concluíram, pelos resultados encontrados, que tanto a exposição uterina ao tabagismo materno e a exposição pós-natal no ambiente doméstico pode ser associada a um aumento da prevalência de cárie dentária em crianças pequenas.

No caso da promoção e prevenção, especificamente, em crianças, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância da saúde bucal de seus filhos. Além disso, o ambiente escolar é importante para o desenvolvimento de ações de informação e educação em Saúde, permitindo que se desenvolvam estilos de vida saudáveis e condutas de baixo risco. A Tabela 2 detalha os artigos selecionados que focam a prevenção e as ações de promoção em saúde bucal.

Tabela 2 – Artigos selecionados que detalham as ações de prevenção e promoção da saúde bucal de crianças em idade pré-escolar e escolar, revisão de literatura sobre promoção da saúde bucal de crianças na faixa etária de um a nove anos, 2012.

Periódico	Ano	Vol. /Núm.	Autor e título
J Dent Educ	2001	65/10	Tinanoff, N.; Douglass, J. M. Clinical decision-making for caries management in primary teeth.
Revista de Odontologia da UNESP	2003	32/1	Aquilante, A. G.; Almeida, B. S.; Martins de Castro, R. F. et al. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares.
Pesq Bras Odontoped Clin Integr	2004	4/1	Alves, M. U.; Volschan, B. C. G.; Haas, N. A. T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades particulares.
Ciência & Saúde Coletiva	2004	9/1	Pauleto, A. R. C.; Pereira, M. L. T.; Cyrino, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares.
Pesq Bras Odontoped Clin Integr,	2005	5/3	Chibinski, A. C. R.; Wambier, D. S. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce.
Rev Paul	2006	24/4	Nascimento-Filho, E.; Costa-Carvalho, B. T.; Solé,

Pediatria			D. Saúde bucal na infância: um problema para médicos e odontólogos.
-----------	--	--	---------------------------------------------------------------------

Tabela 2 (continuação)

Periódico	Ano	Vol. /Núm.	Autor e título
Odontologia e Sociedade	2007	9/3	Oliveira, T. B. M. Aquisição de hábitos saudáveis – o desafio de um programa de promoção de saúde bucal em crianças de pré-escola.
Odontologia. Clín.-Científ	2009	8/3	Magalhães, A. C.; Rios, D.; Honório, H. M. et al. Estratégias educativo-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância.
Medicina (Kaunas)	2009	45/9	Vanagas, G.; Milasauskiene, Z.; Grabauskas, V.; Mickeviciene, A. Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children.
R Dental Press Ortodon Ortop Facial	2009	14/3	Oliveira Lima, J. E. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica. Resultados após 25 anos de acompanhamento.
RGO	2009	57/3	Orsi, V. M. E.; Pereira, A. A.; Flório, F. M. et al. Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal.
Pesq Bras Odontoped Clin Integr	2010	10/2	Massoni, A. C. L. T.; Paulo, S. F.; Soares Forte, F. D. et al. Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis.
Rev ABO Nac	2011	19/1	Santos, K. C.; Monnazzi, A. C. A.; Rose, F. L. et al. Conhecimento de mães sobre promoção de saúde bucal em bebês.
Rev Saúde Pública	2012	46/1	Camargo, M. B. J.; Barros, A. J. D.; Frazão, P. et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares.
Cad. Saúde Pública	2012	28/2	Frazão, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade.

4.2 Prevenção primária

De acordo com Vanagas *et al.* (2009), por muitos anos, a má higiene bucal e consumo frequente de açúcares são conhecidos como os principais fatores de risco comportamentais para doenças bucais, como a cárie e a doença periodontal. As atitudes dos pais em relação à saúde oral da criança poderiam ser associadas as suas próprias habilidades de saúde bucal. Assim, analisaram a associação entre as competências e atitudes dos pais em relação ao desenvolvimento de cáries e as possibilidades para controlar o comportamento positivo de saúde bucal em seus filhos em um estudo transversal que envolveu 550 pais crianças de 3-4 anos de

idade. Um questionário com 40 itens foi desenvolvido a partir da Teoria do Comportamento Planejado, do Modelo de Crença de Saúde e modelo de controle do *Locus* de Saúde e as atitudes dos pais em relação à cárie dentária em seus filhos foram analisados. Um total de 397 questionários foi preenchido; a taxa de resposta foi de 72%. Os pais com hábitos de boa higiene oral compreendiam a importância de escovar os dentes de seus filhos. Os resultados do estudo destacaram diferenças significativas na importância da prevenção da cárie dentária, na importância do controle dos lanches açucarados e na percepção dos pais em relação à gravidade da cárie dentária em crianças, comparando com os pais de nível socioeconômico mais baixo e os bons hábitos de higiene bucal. Os autores observaram que mais de metade (61%) dos pais relatou adequados conhecimentos próprios de higiene oral. As atitudes dos pais em relação à saúde oral da criança foram, significativamente, associadas com o seu próprio comportamento de saúde oral e a própria compreensão da importância do desenvolvimento de competências de higiene bucal em seus filhos.

Massoni *et al.* (2010) entrevistaram 49 pais e responsáveis que acompanhavam crianças durante um atendimento odontológico. Trinta e quatro por cento dos entrevistados tinham entre 30 e 40 anos de idade e 40,8 % cursaram o ensino médio. Em relação à renda dos entrevistados, 49% tinham uma renda entre dois e quatro salários mínimos. A maioria (54,8%) recebeu informações sobre saúde bucal, principalmente, por meio do cirurgião-dentista, seguido do ambiente escolar (16,1%) e da própria família (9,7%). Com relação à higiene bucal, afirmaram os entrevistados (85,7%) que a cárie dentária era uma doença que surgia pela falta de escovação adequada e pelo consumo de açúcar (38,8%). Quanto à função do flúor, 69,2% acreditavam que evitava a cárie. A maioria (98%) demonstrou interesse em receber informações sobre saúde bucal, enquanto apenas um participante (2%) relatou a falta de interesse. O panfleto e folheto foram os mais citados por 34,7% para o acesso a essas informações. Concluindo, afirmaram que estimular a aquisição e transmissão de hábitos saudáveis de higiene dos pais para os filhos é uma das medidas de promoção de saúde bucal.

Santos *et al.* (2011), avaliando o conhecimento sobre a promoção de saúde bucal de 60 mães de bebês de zero a oito meses de idade, verificaram que (93,3%) responderam que a cárie dental pode ser evitada com a escovação dos dentes, além do controle da ingestão de alimentos açucarados. Ao serem questionadas sobre o

tema da higiene bucal, 56,8% tinham conhecimento sobre o início da higienização. A maioria delas (75,0%) acreditava que o início da escovação devia ser feito desde o nascimento do primeiro dente. Os resultados mostraram que a maioria das mães acreditava (96,7%) ser importante a orientação do cirurgião-dentista. Oitenta e sete por cento das mães responderam que conheciam o flúor, mas 33,3% não sabiam o início de sua utilização. Concluindo, os autores salientaram da importância da educação em saúde iniciada precocemente voltada para hábitos saudáveis, visando preservar o estado de saúde da criança de modo geral.

Camargo *et al.* (2012), em um estudo transversal, ao estimarem a prevalência do uso de serviços odontológicos em entrevista a 1.129 mães de pré-escolares, em Pelotas/RS, de setembro 2009 a janeiro de 2010, constataram que as mães que fizeram as consultas de puericultura recomendadas e mais de sete consultas de pré-natal usavam mais os serviços odontológicos, numa prevalência duas vezes maior. Além disso, verificaram que as mães que possuíam maior escolaridade e melhor nível econômico, tinham recebido orientação sobre a prevenção e ajudavam a criança a escovar os dentes, usavam os serviços odontológicos com mais regularidade.

Frazão (2012) avaliou o custo-efetividade de um programa modificado de escovação dental supervisionada na prevenção da cárie dentária em primeiros molares permanentes. Para tal, realizou um estudo controlado, randomizado e duplo cego, de intervenção comunitária, conduzido durante 18 meses numa coorte dinâmica de 284 pré-escolares matriculados em seis unidades localizadas numa área de baixa renda e com água fluoretada (0,7mgF/L), na cidade de São Vicente, Brasil. O cálculo do custo-efetividade marginal foi expresso pela diferença de gasto em reais por lesão evitada. O custo marginal ajustado para mil crianças, ao longo de 18 meses, foi de R\$ 810,00. Em relação ao custo da efetividade da ação, concluiu que, para a prevenção de 21,6 lesões, foram gastos R\$ 810,00 (US\$ 476,47). Ressaltou que o emprego de creme dental fluorado nos programas de escovação dental supervisionada deve ser utilizado como principal argumento junto aos administradores de serviços públicos odontológicos para justificar a necessidade de alocação de recursos para programas preventivos de larga escala.

4.3 Promoção de ações educativas para a saúde bucal

Tinanoff e Douglass (2001) afirmaram, após revisarem a literatura sobre a decisão clínica para a gestão da cárie em dentes decíduos, que a finalidade deve ser a de integrar o conhecimento atual no campo da cariologia em conceitos clinicamente úteis e procedimentos que visem ajudar no seu diagnóstico e tratamento. De acordo com esses autores, a evidência atual sobre o processo de cárie e de avaliação de riscos permite a transcendência do tratamento cirúrgico tradicional em dentes decíduos. A terapia pode se concentrar abordagens específicas que incluam o monitoramento e as terapias preventivas suplementadas por terapias de restauração. O tipo e a intensidade dessas terapêuticas devem ser determinados, utilizando dados do exame clínico e radiográfico, bem como informações sobre o *status* do risco, de evidência dos resultados da terapia, e a avaliação e reavaliação de atividade da doença, história natural da progressão da cárie em dentes decíduos e preferências e expectativas dos pais e profissionais. Ressaltaram que mudanças no tratamento da cárie dentária exigem que as organizações de saúde e as faculdades de odontologia eduquem os estudantes, os profissionais e os pacientes em cuidados de saúde com base em risco e evidências.

Aquilante *et al.* (2003), avaliando o grau de aprendizado em saúde bucal alcançado por crianças de seis anos de idade em uma escola na cidade de Bauru/SP, esclareceram que a época mais apropriada para que a criança desenvolva hábitos alimentares e de higiene corretos é quando se encontra na faixa etária de quatro a sete anos, pois os modelos de comportamento aprendidos nessa idade são profundamente fixados e resistentes a alterações. Afirmaram que as escolas de educação infantil são locais importantes para o desenvolvimento de programas de saúde bucal. Salientaram, entretanto, que os pais devem ser incluídos em programas preventivos, pois são eles que controlam os hábitos dos filhos. Afirmaram que, quando os pais são incluídos nesses programas, a possibilidade é que se alcance maior sucesso.

Alves *et al.* (2004) enfatizaram a corresponsabilidade dos pais na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos. Os autores desenvolveram um programa de atividades, objetivando reforçar a importância da educação em saúde para a manutenção da saúde bucal dos pacientes, cujo público alvo era constituído de pais ou responsáveis por crianças atendidas em clínicas integradas infantis de duas instituições privadas. Foram utilizados recursos audiovisuais, tais como álbuns seriados, cartazes com recortes de revistas

populares (confeccionados durante as atividades), macromodelos, bingos, espelhos, experimentos que simularam as situações dos temas abordados e a teatralização de procedimentos de higiene bucal, com uma linguagem clara, simples e adequada ao nível sociocultural dos participantes. Pelos resultados encontrados, concluíram que uma aproximação com a realidade social da comunidade resulta, com atividades interativas de educação promovem melhor a conscientização dos responsáveis pelas crianças em relação à saúde bucal.

Pauleto *et al.* (2004), revisando a literatura sobre os programas voltados à prática educativa em saúde bucal, afirmaram que a tarefa de introduzir novos comportamentos em uma comunidade é feita, principalmente, por meio da comunicação, devendo existir vários estágios para a mudança de comportamento, desde a atenção, passando pela compreensão e pela persuasão até a ação e a manutenção de um novo comportamento, visando fornecer elementos que capacitem os indivíduos a ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis. A criação de uma atitude positiva para atendimento odontológico envolve, além de um comportamento adequado para a realização de terapias preventivas e/ou conservadores, o estabelecimento de um interesse em longo prazo na prevenção e melhoria contínua da saúde bucal, conseguido por meio de uma relação de confiança com a criança e os seus pais ou acompanhantes.

Chibinski e Wambier (2005) apresentaram um protocolo de tratamento centrado no controle da doença cárie, visando à ausência de recidivas. Devem ser considerados, para tal, fatores determinantes e modificadores, micro-organismos, hospedeiro, substrato e o tempo de interação entre eles, além das condições sociais, econômicas e culturais do paciente e de sua família. Afirmaram que o tratamento precoce da cárie deve se preocupar com o restabelecimento e a manutenção da saúde bucal da criança, incluindo a educação e a motivação de todo núcleo familiar como instrumento importante para o sucesso do tratamento.

De acordo com Nascimento-Filho *et al.* (2006), para a manutenção da saúde bucal é importante que o profissional de saúde motive os pacientes infantis e os seus responsáveis no controle da placa dentária. Considerando que o fluxo salivar diminui enquanto a criança dorme, impedindo que a saliva exerça o seu papel no controle da microbiota oral por lavagem mecânica da superfície dos dentes, afirmaram que deve ser orientado às mães que após cada mamada deve-se limpar a boca dos bebês com gaze ou fralda embebida em água filtrada ou fervida e que as

mamadeiras noturnas precisam ser evitadas, quando da erupção dos primeiros dentes, recomendando aos pais que é nessa fase que se deve iniciar a escovação da superfície dos dentes.

Oliveira (2007) afirmou que os programas alicerçados na promoção da saúde, desenvolvidos com crianças, têm como meta torná-las preparadas para que possam fazer escolhas saudáveis. Essa atitude é traduzida sob a forma do cuidado, isto é, o cuidado consigo mesmo, com o outro e com o meio, visando à construção de hábitos salutaros, estilos de vida sadios e a adoção de práticas promotoras de saúde. Salientou que deve almejar que essas crianças sejam multiplicadores de conhecimentos em seus lares e em suas comunidades.

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD, 2008-2009), contar com um sistema de seguimento para os pacientes permite estabelecer um sistema de cuidados continuados, proporcionando a oportunidade de monitorar e reavaliar o estado de saúde bucal e a determinação da eficácia de tratamentos previamente instaurados. A realização de atividades a serem realizadas para crianças de dois a seis anos de idade são: 1) a realização de exame clínico com o apoio de elementos diagnósticos (radiografia de acordo com o histórico do paciente e a susceptibilidade à doença) para avaliar o nível de risco cariogênico, do seu crescimento e desenvolvimento e a presença da doença ou lesões; 2) aconselhamento sobre higiene bucal e dieta aos pais ou cuidadores das crianças, incluindo as implicações de saúde bucal do cuidador; 3) realização de profilaxia a cada seis meses ou segundo as necessidades individuais dos pacientes; 4) o selamento de molares decíduos suscetíveis; 5) aplicação de flúor tópico a cada seis meses ou segundo requeira o paciente, com base em seu nível de risco; 6) avaliar o desenvolvimento de alguma anomalia dentomaxilar e tratar ou encaminhar de forma adequada e 7) avaliar o desenvolvimento da linguagem e encaminhar a um profissional da área, quando necessário.

Magalhães *et al.* (2009) descreveram, depois de revisarem a literatura, que as principais estratégias para a manutenção da saúde bucal da criança são: orientação da gestante, a minimização da transmissão de bactérias cariogênicas aos bebês, orientação sobre a dieta, o controle biomecânico do biofilme dental e a utilização de flúor e que devem ser aplicadas com a participação dos médicos ginecologistas, obstetras e pediatras.

Oliveira Lima (2009) realizaram um estudo com 640 crianças durante um

período de acompanhamento de 25 anos, na faixa etária de três a 15 anos, por ser um grupo de maior risco à cárie e mais importante para a prevenção. No início, encontraram 3.430 superfícies cariadas antes e 116 durante o programa. O teste de correlação indicou que as crianças que apresentaram um maior número de cáries antes do ingresso tiveram uma tendência maior ao longo do programa, provavelmente, devido à manutenção de seus hábitos alimentares. De acordo com os autores, em nenhum tipo de programa de prevenção da cárie dentária, pode-se alcançar a prevenção absoluta, devido às características do desenvolvimento da lesão, que dependem do desafio cariogênico, devendo ser a diminuição desses efeitos um objetivo a ser alcançado, já que a sua eliminação é impossível de ser, totalmente, conseguida.

Orsi *et al.* (2009) apresentaram um programa desenvolvido por uma Universidade Federal, desde 1987, na cidade de Alfenas, sul do Estado de Minas Gerais, abrangendo, aproximadamente, 2.000 crianças. Todo o material lúdico e educativo utilizado é confeccionado pelos universitários e é composto de fantoches, *slides*, fitas de vídeo. As palestras duram, em média, 30 minutos cada; no restante do tempo são desenvolvidas atividades com as crianças e com as professoras. As palestras são divididas em três etapas, abordando a importância da saúde bucal, o que acontece, quando não se é dado o devido cuidados aos dentes, o que é placa bacteriana e cárie dentária (como prevenir, técnicas de escovação) e como e por que usar o fio dental. Terminada a palestra, é feita escovação supervisionada pelos universitários, no “escovódromo” ou nos bebedouros da escola, sendo que cada aluno recebe um kit bucal, contendo escova, fio dental e pasta de dente. Finalizada a escovação, é feito um teatro para toda escola, em que é usada a criatividade para encenar o que foi passado para as crianças. De acordo com esses autores, esse tipo de programa tem alcançado o objetivo de transmitir conhecimento de saúde às crianças, prevenindo ou minimizando o aparecimento de cárie e doenças periodontais.

5 DISCUSSÃO

A prevalência das doenças bucais em todo o mundo é uma lembrança da necessidade de programas efetivos de educação em saúde.

A cárie dental é a doença crônica mais comum da infância, sendo o resultado da desmineralização da superfície do dente, produto das bactérias cariogênicas, presentes na placa bacteriana, que se utilizam de carboidratos para produzir ácidos que destroem, progressivamente, a estrutura mineralizada e proteica do dente (ADA, 2008; VADIAKAS, 2008).

A cárie é transmitida, principalmente, quando os dentes erupcionam, devido ao aumento da área exposta do tecido dentário suscetível, de modo que, para alguns autores, haveria períodos de maior susceptibilidade, postulando uma janela de infecção entre os 19 e 31 meses (SAKAI *et al.*, 2008).

A cárie precoce na infância é um processo infeccioso que requer, frequentemente, tratamentos complexos e, por vezes, onerosos. Conhecer os fatores que permitam identificar os indivíduos mais suscetíveis, seja de forma prévia, ou pouco tempo depois de erupcionados os dentes, permite instalar intervenções preventivas e orientar os pais com medidas de autocuidado (MATTILA *et al.*, 2000; LIMA *et al.*, 2006; ISMAIL *et al.*, 2009; MASSONI *et al.*, 2010).

Vários trabalhos têm sido realizados a fim de obter subsídios para a formulação de propostas mais eficazes para a prevenção das doenças bucais, entre elas, a cárie.

Em um estudo transversal realizado nos Estados Unidos, em que se avaliou a dieta líquida consumida durante 24 horas (bebidas carbonatadas, sucos de frutas, leite e água), em crianças de 2 a 10 anos de idade, os resultados mostraram a associação entre a ingestão de bebidas carbonatadas e uma maior potencialidade cariogênica ($p=0.014$) (SOHN; BURT; SOWERS, 2006).

Estudos têm apontado o *Streptococcus mutans* (SM) como o micro-organismo principal responsável pela patologia (SELWITZ; *et al*, 2007; TANNER *et al.*, 2011). Outros pesquisadores demonstraram que a maior parte da transmissão de SM entre os indivíduos é causada pela transferência de saliva por meio de dois mecanismos: transmissão vertical e transmissão horizontal. A transmissão vertical é a transferência de micro-organismos do cuidador à criança, enquanto que a transmissão horizontal ocorre entre membros de um grupo (grupo familiar, de alunos) (VADIAKAS, 2008).

Apresenta-se atualmente polarizada e possui, entre seus fatores etiológicos principais, a estrutura social. A literatura científica indica o nível socioeconômico e educacional dos pais como fatores de risco mais sólidos para a cárie em dentes decíduos (ZERO, *et al*, 2001). Outros autores sugeriram que a experiência de cárie em dentes decíduos não seria muito útil, posto que o objetivo é determinar o risco antes que a doença ocorra, e sugeriram considerar a idade da colonização bacteriana, o nível de *Streptococcus mutans*, o nível basal de cáries ou a presença de placa visível nos dentes anteriores (TINANOFF e DOUGLAS, 2001; ISMAIL *et al.*, 2009). A determinação do nível de risco em dentes decíduos é essencial. Há evidências de que a cárie dental em dentes decíduos é um forte preditor de cárie em dentes permanentes (PERETZ *et al.*, 2003). Em geral, a presença de lesões de cárie nos dentes anteriores na maxila e superfícies proximais sugere alta atividade cariogênica (TINANOFF e DOUGLAS, 2001).

Pesquisas têm mostrado que crianças que vivem em famílias de baixa e média renda são mais propensas a ter maior prevalência e gravidade de cárie dentária em relação às das famílias de renda mais alta. Portanto, o nível socioeconômico deve ser considerado um indicador precoce de risco, que pode ser compensado pela ausência de outros indicadores (ZERO, *et al*, 2001; SLADE *et al.*, 2006; THEODORO *et al.*, 2007; DELIBERALI *et al.*, 2009; VANAGAS *et al.*, 2009).

Levando-se em consideração os fatores acima, os pais podem ser orientados no sentido de diminuir a quantidade e a frequência de alimentos cariogênicos na dieta alimentar da criança (HARRIS *et al.*, 2004; PERES *et al.*, 2005; SOHN, *et al*, 2006; VADIAKAS, 2008; DELIBERALI *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2011; TANNER *et al.*, 2011).

As doenças gengivais e periodontais podem ser prevenidas e controladas por meio de um conjunto de medidas mecânicas e químicas (CARMARGO *et al.*, 2012).

O objetivo primário é o controle da placa bacteriana e a formação de cálculo. Uma forma é a remoção mecânica periódica da placa bacteriana (OLIVEIRA LIMA, 2009).

No plano coletivo, fala-se de promoção da saúde e prevenção de doenças, para se referir a ações destinadas a promover estilos de vida saudáveis a partir de perspectivas diferentes. A promoção da saúde é entendida como a combinação de apoios educacionais e ambientais para as ações e condições de vida conducentes à saúde (PAULETO, *et al*, 2004).

Envolve a transformação de comportamentos individuais e familiares, bem como implementação de políticas de saúde pública destinadas a protegê-los e dar-lhes um sentido de responsabilidade pessoal para alcançar a melhor saúde possível. Por outro lado, tende a se concentrar na prevenção de doenças, dependendo mais sobre o envolvimento dos profissionais de saúde. Na prática, há uma considerável sobreposição entre esses dois tipos de intervenções, promoção e prevenção (DELIBERALI *et al.*, 2009), razão pela qual se considera que eles não são exclusivos, mas sim ações complementares.

As ferramentas de avaliação do risco de cárie são uma ajuda na identificação de preditores confiáveis de pacientes de alto risco, com o propósito de se instalar, precocemente, medidas preventivas (ADA, 2009-2010).

Para Oliveira (2007), uma das ferramentas de promoção da saúde e da ação preventiva é a educação em saúde que aborda a transmissão da informação, reforçando a motivação, a autoestima e as habilidades pessoais necessárias para tomar medidas para melhorar a saúde, incluindo não só informações sobre as influências sociais, econômicas e ambientais subjacentes de saúde, mas a que se refere aos fatores de risco e comportamentos.

Deve-se realizar um programa contínuo, adequado à realidade do público a ser atendido, que seja capaz de atingir e abranger todas as pessoas envolvidas com a população alvo para que possam interferir dentro da sua realidade cotidiana. Assim sendo, a incorporação da família e/ou professores dentro desses programas pode representar uma grande estratégia para o seu sucesso (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A carie é reconhecida como uma doença infectocontagiosa e fortemente relacionada à estrutura social, que resulta em perda localizada de minerais dos dentes afetados, causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação dos carboidratos da dieta, sendo uma doença de caráter multifatorial. Consequentemente é considerada como resultado da interação de três fatores biológicos principais: o hospedeiro, a microbiota e a dieta, sendo que esses fatores devem se interagir em condições críticas, bem como das condições de vida das pessoas, muito mais relevantes que os fatores biológicos.

Embora a busca tenha obtido um número excessivo de artigos que focam a etiologia e abordagem preventiva da cárie dental sob um enfoque excessivamente biologicista (sendo essa uma limitação desse TCC), sabe-se que esse caminho, embora importante, é limitado nas intervenções que a saúde coletiva propõe. Percebeu-se, pela literatura revisada, a necessidade da implantação de programas de prevenção da cárie dentária, principalmente, na criança, para se manter uma dentição sadia, numa boca sadia.

A necessidade de comunicação na relação profissional-paciente é evidente em saúde pública, especialmente quando o profissional atua como educador, fornecendo informações e persuadindo-o a seguir as orientações com relação aos cuidados caseiros com a saúde bucal. Mas há sempre que se lembrar que iniciativas que busquem a persuasão devem ser éticas, respeitando as pessoas, seus limites, sua cultura e seu entendimento sobre determinado tema na saúde.

A ação educativa em saúde é um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para assumirem ou melhorarem as suas condições de saúde e, por conseguinte, de vida. As ações devem estimular, buscando atrair o indivíduo para

participar do processo educativo; exercitar para a aquisição e a formação de hábitos, assim como para a assimilação, para a construção e a reconstrução de experiências; devem orientar, enfocando os aspectos de liberdade, de autoridade, de autonomia e de independência; devem ser didáticas, se responsabilizando pela transmissão e veiculação dos conhecimentos; deve ser terapêutica, e permitir retificar os eventuais descaminhos do processo educativo. Dessa forma, o trabalho educativo deve caminhar na direção de uma compreensão mais totalizadora da realidade brasileira.

Os programas alicerçados na promoção da saúde, desenvolvidos com crianças, devem ter por meta, portanto, torná-las preparadas para que possam fazer escolhas saudáveis. Essa atitude é traduzida sob a forma do cuidado, isto é, o cuidado consigo mesmo, com o outro e com o meio, visando à construção de hábitos salutareis, estilos de vida sadios e adoção de práticas promotoras de saúde. Isso revela uma tendência positiva e afirmativa no modo de lidar com a saúde e com a vida, almejando que sejam multiplicadores de conhecimentos em seus lares e em suas comunidades (BRASIL, 2000).

Ressalta-se a importância da implementação de um serviço de promoção em saúde bucal em Morro Doce, com ações destinadas, principalmente, aos grupos de maior vulnerabilidade e/ou mais expostos aos fatores de risco. As ações de promoção da saúde são muito mais democráticas e abrangentes.

Nesse sentido, o programa de promoção da saúde pretende obter, como resultado, uma contribuição para mudança de hábitos e práticas que leve à preservação e à manutenção da saúde bucal da criança de um a nove anos, com a participação efetiva dos pais. Temas como técnicas de escovação e uso do flúor podem ser desenvolvidos, mas devem ser trabalhados em equipe e dentro de uma visão mais crítica e emancipadora.

Espera-se que através de atividades educativas as pessoas sejam capazes de adquirir e ampliar o conhecimento sobre saúde bucal, contribuindo para que as crianças possam ser capacitadas em relação à sua saúde bucal. A presença de familiares ou cuidadores é importante para que os mesmos possam também ser capacitados. As técnicas participativas são incorporadas em uma metodologia que desenvolve uma participação ativa, democrática, capaz de buscar e construir novos conhecimentos, para influenciar, positivamente, o ambiente de mudança e fortalecimento de uma conduta ética e benéfica; mas para mudar de atitude, as

crianças devem ser motivadas a fazê-lo.

A educação em saúde bucal significa a aquisição de conhecimentos (informação), o desenvolvimento de habilidades (instrução), a formação de atitudes e a criação de valores que levem a criança e/ou seus pais a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde e da saúde dos outros (motivação), não se limitando, portanto, a dar informações, mas preocupar-se em estimular o paciente para aprender e para valorizar os seus dentes, capacitando-o, no futuro, a tomar decisões e fazer escolhas relacionadas à saúde bucal.

A atenção primária à saúde, para resolver o problema de saúde bucal de uma comunidade, como é o caso de Morro Doce, precisa atuar com o objetivo de favorecer a mudança de comportamento do indivíduo que resulte em uma boa higiene, estabelecendo bons hábitos alimentares e dietéticos. A equipe de saúde deve buscar alianças fora do setor saúde, devem buscar trabalhar em equipe, pois os conhecimentos do dentista isoladamente não são suficientes para a efetivação plena do que propõe a promoção da saúde. Sempre que possível é importante que os direitos das pessoas sejam debatidos, pois espera-se que as pessoas, uma vez cientes dos mesmos, possam utilizar dos canais democráticos disponíveis e conseguir melhorias nas suas condições de vida, como o saneamento básico, lazer, segurança, entre outros, que irão impactar positivamente em sua saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F.; CANGUSSU, M. C. T.; CHAVES, S. C. L. et al. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 247-252, jul./set. 2009.

ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades particulares. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. ADA. 2008. **Definition of Early Childhood Caries (ECC)**. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/d_ecc.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Clinical Affairs Committee. **Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children and adolescents**. *Pediatr Dent* 2008-2009, v. 33, n. 6, p. 102-108. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_periodicity.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2012.

AQUILANTE, A. G.; ALMEIDA, B. S.; MARTINS DE CASTRO, R. F. et al. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 39-45, 2003.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JANETE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 1-9, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros**. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/AutoAvaliacaoESF/Home/pdf/Anexo_saude_buc>

al_site_2.pdf >. Acesso em: 10 mar. 2012.

CAMARGO, M. B. J.; BARROS, A. J. D.; FRAZÃO, P. et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 87-97, 2012.

CHIBINSKI, A. C. R.; WAMBIER, D. S. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 281-290, set./dez. 2005.

DECLERCK, D.; LEROY, R.; MARTENS, L. et al. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 36, n. 2, p. 168-178, Apr. 2008.

DELIBERALI, F. D.; BRUSCO, E. H. C.; BRUSCO, L. et al. Fatores comportamentais envolvidos no desenvolvimento da cárie precoce em crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo – RS, Brasil. **RFO**, v. 14, n. 3, p. 197-202, set./dez. 2009.

FRAZÃO, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 281-290, fev. 2012.

HARRIS, R.; NICOLL, A.; ADAIR, P.; PINE, C. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Community Dent Health**, v. 21, n.1 Suppl, p. 71-85, 2004.

ISMAIL, A.; SOHN, W.; LIM, S.; WILLEM, J. Predictors of dental caries progression in primary teeth. **J Dent Res**, v. 88, n. 3, p. 270-275, 2009.

LIMA, C. M. G.; WATANABE, M. G. C.; FREDEMIR PALHA, P. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Pediatria**, São Paulo, v.28, n. 3, p. 191-198, 2006.

MAGALHÃES, A. C.; RIOS, D.; HONÓRIO, H. M. et al. Estratégias educativo-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 245-249, jul/set. 2009.

MASSONI, A. C. L. T.; PAULO, S. F.; SOARES FORTE, F. D. et al. Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 257-264, maio/ago. 2010.

MATTILA, M. L.; RAUTAVA, P.; SILLANPAA, M.; PAUNIO, P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. **J Dent Res**, v. 79, n. 3, p. 875-881, Mar. 2000.

NASCIMENTO-FILHO, E.; COSTA-CARVALHO, B. T.; SOLÉ, D. Saúde bucal na infância: um problema para médicos e odontólogos. **Rev Paul Pediatria**, v. 24, n. 4, p. 367-372, 2006.

OLIVEIRA, T. B. M. Aquisição de hábitos saudáveis – o desafio de um programa de promoção de saúde bucal em crianças de pré-escola. **Odontologia e Sociedade**, v. 9, n. 3, p. 23-28, 2007.

OLIVEIRA LIMA, J. E. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica. Resultados após 25 anos de acompanhamento. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 44-51, maio/jun. 2009.

ORSI, V. M. E.; PEREIRA, A. A.; FLÓRIO, F. M. et al. Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.3, p. 291-296, jul./set. 2009.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. M. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Mundo saúde**, v. 24, n. 1, p. 39-44, jan./fev. 2000.

PERES, K. G.; OLIVEIRA, C. T.; PERES, M. A. et al. Sugar content in liquid oral medicines for children. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 486-489, jun. 2005.

PERETZ, B.; RAM, D.; AZO, E.; EFRAT, Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. **Pediatr Dent**, v. 25, n. 2, p. 114-118, Mar./Apr. 2003.

POMARICO, L.; SOUZA, I. P.; RANGEL TURA, L. F. Sweetened medicines and hospitalization: caries risk factors in children with and without special needs. **Eur J Paediatr Dent**, v. 6, n. 4, p. 197-201, Dec. 2005.

RIHS, L. B.; SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R. Cárie dentária em crianças de município sem fluoretação da água, 2004. **Odontologia. Clín.-Científ**, Recife, v. 7, n. 1, p. 43-46, jan/mar. 2008.

RIHS, L. B.; SOUSA, M. L. R.; CYPRIANO, S. et al. Atividade de cárie na dentição decídua, Indaiatuba, São Paulo, Brasil, 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 593-600, mar, 2007.

SAKAI, V. T.; OLIVEIRA, T. M.; SILVA, T. C. et al. Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility os caries disease. **J. Appl. Oral Sci**, Bauru, v. 16, n. 2, p. 150-154, Mar./Apr. 2008.

SANTOS, K. C.; MONNAZZI, A. C. A.; ROSE, F. L. et al. Conhecimento de mães sobre promoção de saúde bucal em bebês. **Rev ABO Nac**, v. XIX, n. 1, p. 34-38, fev./mar. 2011.

SELWITZ, R.; ISMAIL, A.; PITTS, N. Dental caries. **Lancet**, v. 369, n. 9555, p. 51-59, Jan. 2007.

SLADE, G. D.; SANDERS, A. E.; BILL, C. J.; DO, L. G. Risk factors for dental caries in the five-year-old South Australian population. **Austral Dent J**, v. 51, n. 2, p. 130-139, 2006.

SOHN, W.; BURT, B. A.; SOWERS, M. R. Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition. **J. Dent Res**, v. 85, p. 262-266, 2006.

THEODORO, D. S.; GIGLIOTTI, M. P.; OLIVEIRA, T. M. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v. 6, n. 2, p. 133-137, abr./jun. 2007.

TANAKA, K.; MIYAKE, Y.; SASAKI, S. The effect of maternal smoking during pregnancy and postnatal household smoking on dental caries in young children. **J Pediatr**, v. 155, n. 3, p. 410-415, Sep. 2009.

TANNER, A. C.; MATHNEY, J. M.; KENT, R. L. et al. [Cultivable anaerobic microbiota of severe early childhood caries](#). **J Clin Microbiol**, v. 49, n. 4, p. 1464-1474, Apr. 2011.

TINANOFF, N.; DOUGLASS, J. M. Clinical decision-making for caries management in primary teeth. **J Dent Educ**, v. 65, n. 10, p. 1133-1142, Oct. 2001.

VADIKAS, G. Case definition, aetiology and risk assessment of early childhood caries (ECC): a revisited review **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 9, n. 3, p. 114-125, Sep. 2008.

VANAGAS, G.; MILASAUSKIENE, Z.; GRABAUSKAS, V.; MICKEVICIENE, A. Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. **Medicina (Kaunas)**, v. 45, n. 9, p. 718-723, 2009.

ZERO, D.; FONTANA, M.; LENNON, A. Clinical applications and outcomes of using indicators of risk in caries management. **J Dent Educ**, v. 65, n. 10, p. 1126-1132, 2001.