

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

Áureo Mendes Silveira

**CADERNETA DE SAÚDE BUCAL:
UMA PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DE
ATÉ 10 ANOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

SÃO JOAO DA BARRA - RJ

2011

ÁUREO MENDES SILVEIRA	CADERNETA DE SAÚDE BUCAL: UMA PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DE ATÉ 10 ANOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA	UFMG 2011
------------------------------	--	----------------------

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

ÁUREO MENDES SILVEIRA

**CADERNETA DE SAÚDE BUCAL:
UMA PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DE
ATÉ 10 ANOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Márcia Helena Destro Nomelini

SÃO JOAO DA BARRA - RJ

2011

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

ÁUREO MENDES SILVEIRA

**CADERNETA DE SAÚDE BUCAL:
UMA PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DE
ATÉ 10 ANOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Márcia Helena Destro Nomelini

Banca Examinadora

Prof (a). Márcia Helena Destro Nomelini

Prof (a). Simone Dutra Lucas

Aprovado em Belo Horizonte 03/10/2011

À minha família, pelo apoio incondicional,

*À minha futura esposa, Valéria, por superar
a distância e acreditar na nossa união.*

“A diferença entre o possível e o impossível está na vontade humana.”
Louis Pasteur

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Márcia Helena Destro Nomelini pela competente orientação, decisiva na consolidação deste trabalho.

À minha tutora Silmeiry Angélica por todas as discussões e orientações no decorrer do curso.

A NESCON/UFMG pela oportunidade.

Aos colegas de curso, pela convivência harmoniosa e pelo compartilhamento de idéias.

À Cristiane, coordenadora do setor de saúde bucal de Pará de Minas, cidade na qual iniciei este trabalho, pelo incentivo e por acreditar na excelência no serviço público.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada para ser instrumento importante na reorganização da atenção primária em saúde no Brasil. Universalidade, equidade, integralidade, vínculo, continuidade, responsabilização, coordenação do cuidado são alguns dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebe-se a ausência de um instrumento facilitador, nos serviços de saúde bucal, para efetivação destes princípios. Este trabalho tem por objetivo propor este instrumento, em forma de caderneta, para acompanhamento da saúde bucal do nascimento até os 10 anos de idade, na ESF. O acompanhamento na infância se torna importante, pois nesta época da vida se criam hábitos que perdurarão por toda a vida. A caderneta nacional de saúde da criança é um importante instrumento para acompanhamento da saúde da criança, porém com pouca ênfase na saúde bucal. Realizou-se revisão bibliográfica, considerando o período de 1994 a 2011, sobre a importância da intervenção precoce e acompanhamento a longo prazo. Temas como amamentação, nascimento dos dentes, higiene bucal dos bebês e crianças, alimentação, acidentes e uso de antibióticos são abordados nesta caderneta. A proposta da criação de uma caderneta de saúde bucal para crianças de até 10 anos, reflete-se como um instrumento para a socialização de informações, ser uma ponte para acesso aos serviços de saúde bucal, na condição de acompanhamento, além de efetivar a co-responsabilidade dos pais no cuidado em saúde bucal dos seus filhos. Estudos posteriores serão necessários para validação e adequações deste instrumento.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Caderneta de Saúde, Saúde bucal, Odontopediatria

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) was created to be instrumental in the reorganization of primary health care in Brazil. Universality, equity, integrity, commitment, continuity, accountability, coordination of care are some of the principles of the Unified Health System (SUS). We can see the absence of a facilitator, in health services oral, for the execution of these principles. This paper aims to propose this instrument, shaped like a book that will accompany the oral health from birth to 10 years of age in the FHS. Monitoring childhood becomes important, because this time of life to create habits that will last a lifetime. The booklet national child health is an important tool for monitoring children's health, but with little emphasis on oral health. We conducted a literature review, considering the period from 1994 to 2011, about the importance of early intervention and long-term monitoring. Topics such as feeding, teething, oral hygiene of infants and children, nutrition, accidents and antibiotics are covered in this book. The proposal to create a book of oral health for children up to 10 years, is reflected as an instrument for the socialization of information, be a bridge for access to oral health services, on condition monitoring, and effective co responsibility of parents in oral health care of their children. Further studies will be needed for validation and adjustments of this instrument.

Keywords: Health System, Family Health, Health Handbook, Oral health, Pediatric Dentistry

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
a Objetivo Geral	16
b Objetivos Específicos	16
3. METODO	17
4. RESULTADOS	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE	36

1 INTRODUÇÃO

O ministério da saúde criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia para reduzir a mortalidade materna e infantil nas regiões mais carentes do Brasil. Com a exitosa experiência no Estado do Ceará, com o enfoque na família e noção de área de cobertura, observou-se que os agentes poderiam ser fundamentais na reorganização dos serviços de saúde no nível municipal. (VIANA e DAL POZ, 2005).

O PACS teve sua importância aumentada por não ser somente mais uma ação paralela ao sistema de saúde existente. Para aderir ao programa os municípios tinham que cumprir uma série de exigências, como a criação de um fundo municipal para receber os recursos, unidade básica de referência, conselho municipal funcionando e profissional de nível superior para supervisão e auxílio às equipes. Desta forma o PACS foi instrumento importante para uma reorganização da atenção primária à saúde. Em março de 1994, o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), o que contribuiu para sua consolidação. Da evolução da PACS surgiria posteriormente o PSF - Programa Saúde da Família (VIANA e DAL POZ, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como proposta importante para organização da Atenção Básica em Saúde (ABS). Visa reverter o modelo assistencial caracterizado por práticas fragmentadas que privilegiam ações curativas e respostas à agudização de doenças. Nesse sentido, a ESF/ABS propõe a organização de ações no nível individual e coletivo, da prevenção, reabilitação, promoção e proteção em saúde. Deve ser considerada como primeiro contato da população junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), e orientar-se por princípios como universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, responsabilização, coordenação do cuidado, humanização e participação popular. Para alcance desses princípios, as equipes de saúde contam com tecnologias de trabalho de baixa densidade, porém, de elevada complexidade (BRASIL, 2006).

Inicialmente, porém, a Saúde Bucal foi posta em segundo plano e seus profissionais não foram incluídos nessas Equipes. Para a reorganização do serviço de saúde bucal dos municípios foi publicada a portaria GM/MS nº 1444 de dezembro de 2000, que inseriu a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Esta portaria definiu a

composição da Equipe (Cirurgião-Dentista (CD), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)) e definiu a forma de financiamento, sendo um incentivo separado daquele já existente para a ESF. Este documento também destacou o vínculo territorial e a atenção integral a indivíduos e famílias como norteadores do trabalho destas Equipes (BRASIL, 2000).

Inserida na Estratégia Saúde da Família, a saúde bucal ganha um sentido mais amplo, ligado a qualidade de vida. Como forma de consolidação do SUS, buscou-se promover a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços. Novas bases e critérios são adotados, muda-se o objeto de atenção, que deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo, a família e seu modo de vida (PALU, 2004).

A implementação de medidas como a fluoretação das águas de abastecimento, a adição de flúor nos dentifrícios e a oferta de flúor aos escolares levou o Brasil, nos últimos anos, a avançar no controle e prevenção da cárie dentária. Porém os índices de saúde bucal dos adultos e idosos brasileiros ainda estão entre os piores do mundo e mesmo entre as crianças há muito o que melhorar (SAVELI, 2006).

A procura pelo serviço odontológico nos primeiros anos de vida não é comum no Brasil. Kramer *et al* (2008) avaliaram 1092 pré-escolares do município de Canela, no Rio Grande do Sul. Um questionário contendo informações a respeito da idade da primeira consulta odontológica e características demográficas da criança foi respondido pelos responsáveis. Do total da amostra, 13,3% já haviam consultado o cirurgião-dentista, e apenas 4,3% realizaram algum tipo de consulta odontológica já no primeiro ano de vida. O número de crianças que já haviam recebido atendimento odontológico aumentou com a idade. Crianças do sexo feminino apresentaram maior chance de ter recebido atendimento odontológico do que as do sexo masculino.

Como o Brasil é um país de grandes desigualdades sociais, é de se esperar que essas diferenças se reflitam no acesso à informação, aos serviços, e consequentemente na saúde bucal das diferentes classes sociais. Em estudo sobre o acesso ao serviço de saúde bucal de crianças de 5 anos, Colares & Caraciolo (2005) concluíram que existe diferença significativa entre crianças de 5 anos que já foram ao dentista de acordo com o grupo social a que pertencem. Entre os mais ricos, 32,6% nunca haviam ido ao dentista contra 48,9% dos mais pobres. Concluíram ainda que existem diferenças quanto ao motivo da consulta, uma vez que o grupo social mais favorecido tende a levar a criança ao dentista buscando medidas mais ligadas à prevenção, enquanto que os menos favorecidos procuram tratamento para medidas mais urgentes, como cárie dentária e dor.

É sabida a importância do pré-natal durante a gestação e toda a vida futura da criança. Neste período a futura mãe adquire diversos conhecimentos que irão ter influência na sua saúde e do seu filho. Tradicionalmente, porém, a saúde bucal fica negligenciada, dissociada da saúde geral, por desconhecimento ou falta de acesso das gestantes ao profissional de saúde bucal, durante este período. Em estudo de Barroso *et al* (2001) verificou-se que apenas uma pequena porcentagem de gestantes (14%) de uma Unidade Básica de Saúde de Niterói (RJ) foi orientada a procurar o odontopediatra durante a gestação. Mesmo após o nascimento da criança o problema persistiu, pois apesar de 100% das mães levarem seus filhos ao pediatra apenas 55% levaram seus filhos ao odontopediatra durante a primeira infância. Já Cruz *et al* (2004) verificaram o acesso que um grupo de 80 mães tinha sobre a higiene bucal dos seus bebês, que eram atendidos no Hospital Alcides Carneiro em Campina Grande – PB. Observou-se que apenas 32,5 % das mães tinham recebido informações sobre a higiene bucal do seu filho, sendo o pediatra a principal fonte de informação.

Politano *et al* (2004) com a finalidade de se obter maiores informações sobre o conhecimento materno logo após o parto, em relação aos cuidados bucais do recém-nascido e do bebê, realizaram um questionário conduzido às mães na maternidade de Campinas (SP). Os dados coletados demonstraram que 33,33% das mães entrevistadas não sabem quando a higiene bucal do seu filho deve ser iniciada; 45,24% não souberam responder como deveria ser realizada esta higienização; sobre a idade ideal para a primeira visita do filho ao Cirurgião-dentista, 47,62% relataram não saber; 61,90% relataram nunca terem sido informadas a respeito de cuidados com a saúde bucal do seu filho.

Da mesma forma Faustino-Silva *et al* (2008) entrevistaram 235 pais em Porto Alegre (RS) sobre a higiene bucal dos seus filhos. Destes, 45% opinaram que a higiene bucal das crianças deveria ser iniciada antes de seis meses de idade, sendo que 57% consideraram que a criança teria capacidade de escovar seus dentes sozinha entre um e três anos. Com relação à idade ideal para a primeira consulta com o dentista, 35% relataram que ela deveria acontecer entre um e três anos. Quanto aos hábitos alimentares, a sacarose deveria ser introduzida na dieta já no primeiro ano de vida para 69% dos entrevistados.

Estudo de Zuanon *et al* (2008) avaliou conhecimento das mães de crianças de 0 a 4 anos de idade, moradoras na zona rural de Araraquara (SP), sobre medidas preventivas para promoção de saúde bucal de seus filhos. As entrevistadas pertenciam a um projeto de extensão universitária, aplicado há 7 anos, voltado para o atendimento

domiciliar odontológico de crianças de 0 a 4 anos de idade. Foi observado que 80% das mães realizavam a higiene bucal de seus filhos, enquanto 11% apenas supervisionavam. A fralda ou gaze umedecida foi o meio de higiene bucal mais utilizado (59%), uma vez que o início desta prática ocorreu em 58% dos casos antes da erupção do primeiro dente decíduo. A escova dental foi utilizada para a higiene bucal das crianças por 20% das mães, o que vem ao encontro dos 21% das entrevistadas que iniciaram a escovação de seus filhos após a erupção dos dentes.

Martins *et al* (2008) avaliaram a influência do atendimento odontológico preventivo da Faculdade de Odontologia de Cuiabá – MT sobre a ocorrência da cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses, após análise de 288 prontuários de crianças inscritas no programa no ano 2000 e assistidas até 2003, observando as variáveis: idade, presença de cárie dentária e tempo de permanência no programa. A idade média das crianças no início do tratamento foi de 9,69 meses e no final do tratamento de 24,91. O tempo médio de permanência no programa foi de 15,22 meses. Deixaram o programa livre de cárie dentária 83,52%.

Feldens (2008) avaliou 500 crianças cujas mães participaram de um programa de orientação de práticas alimentares saudáveis no primeiro ano de vida. As mães receberam acompanhamento mensal até o sexto mês de vida das crianças e bimestral até completar o primeiro ano de vida. As crianças foram avaliadas aos 4 anos de idade. O grupo intervenção teve um risco 22% menor de ocorrer cárie precoce do que o grupo controle e 32% menor de ocorrer cárie severa na infância.

Esses estudos demonstram a falta de acesso dos pais às informações sobre cuidados básicos em saúde bucal dos seus filhos e também mostra que a aplicação da filosofia do cuidado odontológico precoce, através de ações educativo-preventivas, a longo prazo, resulta em uma melhor qualidade de saúde bucal, mostrando ser efetiva na prevenção da cárie dentária e na manutenção da saúde bucal das crianças.

Essas dificuldades que permeiam o cuidado em saúde bucal em crianças são percebidas pelo autor do presente estudo. Esse cenário aproxima-se com experiências prévias da atuação profissional do autor em ESB inserida na ESF. Notou-se a falta de um instrumento para acompanhamento da saúde bucal das crianças que envolvesse a participação dos pais nesse processo, enfatizando responsabilidades e socializando conhecimento. Após o desenvolvimento das atividades do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – CEABSF/UFMG, o autor passou por reflexões críticas sobre a problemática em questão. Principalmente, o interesse temático foi acentuado com o estudo da disciplina Saúde da

Criança e do Adolescente – crescimento, desenvolvimento e alimentação, na qual são discutidas as potencialidades da Caderneta de Saúde da Criança.

Observa-se que instrumentos normalizadores do processo de trabalho em saúde, como protocolos, fluxos, rotinas, prontuários padronizados, são capazes de fortalecer a prática cotidiana, principalmente na construção de rotinas mais próximas aos princípios norteadores da ESF. O prontuário odontológico do paciente oferece bons recursos para o seu acompanhamento individual, mas sem envolvimento familiar nesse processo. Apesar da caderneta de saúde da criança ser instrumento potencial criado pelo Ministério da Saúde a fim de garantir esses propósitos, ela apresenta pouca ênfase à saúde bucal, a despeito de sua importância. Neste contexto, o presente estudo vem discutir as necessidades de acompanhamento em saúde bucal de crianças até 10 anos pela Estratégia Saúde da Família e propor uma caderneta para ser instrumento facilitador deste cuidado em saúde bucal.

2 OBJETIVOS

a. Objetivo Geral:

Propor uma caderneta de saúde bucal da criança para incorporação de ações que visem cuidado em saúde bucal de crianças até 10 anos pela Estratégia Saúde da Família.

b. Objetivos Específicos:

Discutir os cuidados básicos em saúde bucal de crianças de zero até 10 anos.

Apresentar modelo de caderneta tendo em vista a difusão de conhecimentos básicos de saúde bucal de crianças para as famílias, além de fornecer subsídios para acompanhamento pela ESF.

3 MÉTODO

Trata-se de apresentação de uma proposta de intervenção através de elaboração de uma caderneta de acompanhamento em saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família, para crianças até 10 anos. Para elaboração desta proposta de intervenção considerou-se um levantamento bibliográfico sobre a temática: cuidados bucais essenciais em crianças até 10 anos.

As informações pertinentes foram obtidas nas bases eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Sistema Regional) e a BIREME, <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>, considerando-se como limites temporais, o período de implantação da Estratégia Saúde da Família, ano de 1994, até as publicações do primeiro semestre de 2011. Para busca foram utilizados os descritores: *saúde bucal; saúde da criança; odontologia pediátrica; odontologia comunitária; atenção primária em saúde; programa saúde da família*. Foram incluídos para análise, produções científicas temáticas publicadas em livros, monografias, manuais e/ou periódicos científicos. Também foram considerados como instrumentos de pesquisa os módulos temáticos do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFGM). De forma geral, esse levantamento bibliográfico amparou-se nos conceitos da revisão narrativa, que apresenta uma ampla questão de estudo, frequentemente não específica, resultando em inferências qualitativas (ROTHER, 2007).

A estruturação da proposta de intervenção apresenta-se como um modelo complementar à Caderneta de Saúde da Criança, instrumento de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil criado pelo Ministério da Saúde. Nas maternidades brasileiras, sejam elas SUS ou pertencentes aos planos complementares de saúde, a Caderneta de Saúde da Criança é disponibilizada para todos os nascidos. É instrumento para avaliação constante de ações em saúde, como a vacinação, e mecanismo para garantir a saúde integral da criança, como a redução da morbimortalidade na infância (BRASIL, 2011). Destaca-se que:

[...] as famílias devem se apropriar da Caderneta de Saúde da Criança, podendo assim acompanhar o cuidado integral com a criança e garantir os seus direitos como cidadã. Para que isso ocorra, é fundamental o preenchimento dos dados da Caderneta pelos profissionais de saúde. É

importante que todos aqueles que cuidam da população infantil, seja nas unidades de educação infantil (anteriormente chamadas de creche e pré-escolas) e em outras instituições, seja nas próprias famílias, observem as informações contidas na caderneta para o efetivo acompanhamento da saúde da criança. Essa ferramenta também deve intermediar os diálogos entre os familiares e os profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a análise das informações pauta-se na relação dos princípios básicos para acompanhamento da saúde bucal de crianças de até 10 anos na ESF, além da difusão de cuidados básicos em saúde bucal e sua apresentação em modelo complementar da Caderneta de Saúde da Criança.

4 RESULTADOS

Apesar da existência de programas para prevenção da cárie dentária em crianças, os índices da doença ainda demonstram uma situação preocupante no Brasil. Um atendimento precoce com efetiva parceria entre equipe multiprofissional e a família são fundamentais na prevenção e promoção de saúde bucal (NEVES, 2010). Além disso, a condição de saúde de um indivíduo está diretamente ligada aos cuidados que recebeu dos responsáveis desde o pré-natal (ROCHA *et al*, 2004), ou seja, o cuidado recebido até o estabelecimento da dentição permanente contribuirá decisivamente para a saúde bucal durante a vida adulta e na velhice, através dos hábitos adquiridos.

Segundo Gimenez (2008) muitos dos pacientes encaminhados ao ortodontista já chegam à fase de dentição permanente com problemas oclusais já instalados. Muitos destes problemas poderiam ser evitados caso os pacientes tivessem o estabelecimento das dentições monitorado, para garantir o desenvolvimento adequado do complexo bucomaxilofacial e, conseqüentemente, de suas funções. Daí a importância do cirurgião-dentista atuar na prevenção, no estímulo ao aleitamento materno e na prevenção de hábitos bucais danosos.

A amamentação durante o primeiro ano de vida é fundamental para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança. O aleitamento materno é considerado o mais natural e desejável modo de alimentação infantil, trazendo benefícios fisiológicos, físicos e psicológicos (ROCHA *et al*, 2004). A amamentação contribui com o desenvolvimento da face, com o desenvolvimento da respiração nasal e deglutição correta devido aos movimentos musculares e de ATM realizados durante a ordenha (OLIVEIRA, 2011; SESC, 2007). Quando a criança suga o peito, a musculatura da boca tem papel ativo, e a língua, função de ordenha. Com a mamadeira, essa musculatura é pouco utilizada, pois o leite já flui facilmente para a boca. Essa situação, que não é fisiológica, atrapalha o desenvolvimento orofacial (BRESOLIN, *et al*, 2003).

Em muitos casos, porém, o uso da mamadeira torna se inevitável. É caso das mães que voltar a trabalhar ao fim do período de licença maternidade (SESC, 2007). Corrêa *et al* (2011) relata alguns cuidados para que o uso da mamadeira seja o menos danoso possível. O bico da mamadeira deve ser anatômico, funcional e ortodôntico. A forma do bico propicia a correta posição da língua, o que contribui para uma deglutição adequada, e movimentos corretos da mandíbula. O bico deve ter furo pequeno. Se o furo for grande o bebê não fará esforço para se alimentar, alcançará a saciedade rapidamente, o que não contribuirá para o desenvolvimento adequado de diversas

funções bucais. O furo da mamadeira deve estar voltado para cima, para que o leite não corra diretamente para a parte de trás da língua. O aleitamento deve ser feito sempre com o bebê acordado para se ter certeza que o leite está sendo deglutido. A posição do bebê também é importante. Deve ser o mais parecido possível com a amamentação natural. Ele deve estar inclinado, com a cabeça mais elevada em relação ao restante do corpo. Essas medidas evitam que o leite fique retido na boca, o que favorece o desenvolvimento da cárie de mamadeira.

A cárie de mamadeira está associada ao íntimo contato de líquidos açucarados fermentáveis com os dentes, durante o dia ou à noite, ou à amamentação natural além da idade considerada normal para o desmame. Vários fatores de risco, ambientais e não-ambientais, contribuem para o desenvolvimento da cárie de mamadeira: ausência de hábitos precoces de higiene oral; presença de hábitos de alimentação inadequados, como a amamentação noturna e alta ingestão de carboidratos; período no qual houve a contaminação da boca da criança; ausência de flúor na água de abastecimento; defeitos congênitos nos dentes; contagem dos microorganismos envolvidos; pH da placa dental e saliva e velocidade de produção de ácidos pelos microorganismos (CASTILHO *et al* 2001).

Para evitar este tipo de cárie Corrêa *et al* (2011) recomenda a eliminação da mamadeira durante a madrugada antes da erupção dos dentes, e que, à noite, a última mamadeira seja dada antes que a criança durma, para que seja feita a higiene bucal.

O uso de chupetas também é um hábito bastante comum. Tomasi *et al* (1994) avaliaram 354 crianças menores de dois anos em Pelotas (RS) e encontraram sua utilização em 79% das crianças, sendo que outros 6% já haviam abandonado. Uma parte expressiva das mães (62%) já havia adotado o uso no primeiro dia de vida do bebê. Outro dado importante é que 24% das mães utilizaram mel ou açúcar para ajudar na introdução do hábito. Os motivos mais alegados pelas mães para o seu uso foi para acalmar a criança ou simplesmente porque é um costume.

Para autores como Corrêa *et al* (2011) o uso da chupeta pode ser importante quando o bebê não tem sua necessidade de sucção saciada ao mesmo tempo que sacia a fome através da amamentação, necessitando, então de sucção adicional. O problema é quando o hábito se torna um vício.

Devem-se ter alguns cuidados na escolha da chupeta. O disco em volta da chupeta para apoio dos lábios deve ser grande o suficiente para cobrir os lábios e parte da bochecha, para evitar que a criança o coloque dentro da boca; deve ter dois grandes orifícios de cada lado para permitir a ventilação da pele; deve ter o formato de um grão de

feijão para evitar deformações na base do nariz e na região anterior da arcada dentária; não precisa necessariamente ter argola, podendo possuir apenas uma saliência para retirá-la da boca ou puxá-la para estimular a sucção; da mesma forma que a mamadeira o bico deve ser ortodôntico, de tamanho adequado a idade da criança (SESC, 2007).

Uma série de cuidados são essenciais para que o uso da chupeta seja o menos danoso possível. Não se deve ofertá-la a todo instante, a qualquer sinal de choro ou desconforto; limitar o seu uso ofertando-a após as mamadas, por tempo limitado, complementando a necessidade de sucção ou para induzir o sono; com o passar do tempo, evitar ofertar da chupeta durante o dia; se necessário, oferecer somente na hora de dormir; sempre que a criança adormecer, retirar a chupeta; evitar pendurar a chupeta na roupa da criança para que esta não esteja disponível a toda hora; não amarrá-la com fita, corrente ou cordão no pescoço, para que não haja risco de estrangulamento; não amarrar fralda na argola da chupeta, pois o peso puxará os dentes mais para fora e provocará flacidez muscular; remover o hábito de sucção da chupeta entre um e dois anos, devendo a mãe começar a preparar a criança psicologicamente para isso; não mergulhar a chupeta em substâncias doces; desinfetar a chupeta e mamadeira diariamente, através de fervura por 5 minutos (LONDRINA, 2009).

Já para Costa *et al* (2006) a sucção da chupeta, assim como do dedo, hábitos não nutritivos, é considerada nociva, nestes casos a musculatura não funciona de forma normal. Estes hábitos podem levar a problemas oclusais, esqueléticos e funcionais.

Para Bronzi *et al* (2002) para que os hábitos bucais deletérios tenham papel considerável na etiologia das más oclusões, alguns fatores como intensidade, frequência e duração do hábito são importantes. Rodrigues *et al* (2006) acrescenta outros fatores, como a posição do dedo ou chupeta na boca, idade do término do hábito, grau de tonicidade da musculatura orofacial e padrão de crescimento da criança. Dessa forma, a mordida aberta pode ser uma consequência da sucção do dedo ou chupeta, devido à quebra do equilíbrio entre lábios, bochechas e língua, e também em função de uma obstrução mecânica entre os dentes.

Muitos autores pesquisaram a relação entre amamentação, hábitos bucais deletérios e problemas oclusais. Moimaz *et al* (2011) realizaram um estudo retrospectivo em 330 mães de crianças de 3 a 6 anos de Araçatuba (SP). Do total, 53,3% das mães relataram que os filhos apresentavam hábitos de sucção não-nutritivos, e destes, 70,45% não foram amamentados exclusivamente no peito durante os primeiros seis meses de vida, havendo associação estatisticamente significativa. Valdrighi *et al* (2004) analisaram 195 relatórios de bebês atendidos em uma UBS no município de Cambé (PR). Dos 53%

que receberam aleitamento materno por mais de 6 meses, 66% não apresentavam hábitos bucais deletérios. Dos que receberam aleitamento por até 6 meses, 79% apresentavam tais hábitos. Tomita *et al* (2000) avaliaram 2.139 alunos, na faixa etária de 3 a 5 anos, matriculados em instituições públicas ou privadas do município de Bauru (SP). As crianças que usavam chupeta tiveram um risco 5,46 maior de apresentar problemas oclusais.

Holanda (2005) fez uma revisão em que foram analisados 15 trabalhos ligados ao tema amamentação, hábitos bucais deletérios e má oclusão. Destes, 14 trabalhos concluíram que a alimentação natural é um fator importante no desenvolvimento do aparelho estomatognático e na prevenção de hábitos bucais deletérios e má oclusão. A mesma autora analisou 1006 crianças, encontrando íntima associação entre menor tempo de amamentação e uso de chupeta.

Segundo Martins *et al*, (2003) a chupeta pode ser útil para substituir o hábito de sucção digital, que é mais danoso e de difícil remoção, pois o dedo está sempre a disposição da criança.

Para remoção dos hábitos da chupeta e do dedo Corrêa (2011) recomenda alguns cuidados, entre eles, o não uso de métodos radicais como passar pimenta e uso de talas. Também é importante não ridicularizar ou menosprezar a criança para evitar traumas psicológicos. A distração é uma estratégia bastante útil, pois existem atividades que podem ser mais interessantes para criança que a sucção.

Os efeitos da erupção dos dentes na saúde da criança ainda é um assunto bastante controverso tanto na medicina quanto na odontologia (COLDEBELLA *et al*, 2008; DINIZ *et al*, 2006; ARAGÃO, *et al*, 2007.) Isso por que não está totalmente elucidada cientificamente a relação da erupção dos dentes com os fenômenos fisiológicos que ocorrem de forma simultânea. Este período, por exemplo, coincide com a introdução de alimentos sólidos na dieta da criança, o que traz alterações no sistema digestivo (REZENDE & KUHN, 2010). Da mesma forma, segundo Ottoni (2006), existe dificuldade em determinar clinicamente os casos de diarreia provocados por uma reação psicofisiológica e aqueles por contaminação bacteriológica, pois a criança leva frequentemente a mão à boca no período de “nascimento” dos dentes.

A maioria dos estudos é baseada em observações e relatos de mães, médicos e dentistas (COSTA *et al*, 1994). Na maioria destas pesquisas é notória a alta taxa de relato de ocorrência de sintomatologia na ocasião da erupção dentária. Silva *et al* (2008) encontrou, durante revisão bibliográfica, relatos dos mais variados sinais e sintomas, como: inflamação gengival, eritema, edema e prurido gengival, irritação local traduzida

pelo ato de morder e coçar, sialorréia, úlceras bucais, eritema da face, aumento da frequência de sucção digital, perturbações gastrointestinais (diarréia, vômito, cólica ou constipação), infecções no trato respiratório, diminuição da resistência orgânica, distúrbios no sono, irritabilidade, febre, redução do apetite, infecções auditivas, desidratação, tendência a morder objetos e até convulsões. Alguns estudos se prestam a determinar a frequência com que estes sinais e sintomas aparecem.

Ferreira *et al* (2009) analisou 450 prontuários de crianças entre seis e 60 meses de uma instituição pública em Santa Maria (RS). Destas 80,9% apresentaram sintomatologia associada ao irrompimento dos dentes, sendo as mais frequentes a coceira gengival, irritação e febre. De forma semelhante, Vasques *et al* (2010) entrevistou 145 mães, das quais 89,65% relataram a presença de sintomatologia, sendo a irritabilidade (80,76%) e a febre (74,61%) mais citadas. Já no estudo de Mota-Costa *et al* (2010) realizado em natal (RN) com 61 mães, a sintomatologia mais relatada foi diarréia, problemas de pele e falta de apetite. No trabalho de Ottoni (2006) as manifestações mais relatadas pelas mães das crianças foram irritabilidade (40,5%), febre (38,9%), diarréia (36%), coceira-sucção dos dedos ou objetos (33,6%) e aumento na salivação (25,6%), tendo como amostra 375 crianças de São Leopoldo (RS). No estudo de Rezende e Kuhn (2010) os sintomas mais relatados foram salivação aumentada, irritabilidade, irritação local, febre e diarréia.

Em revisão de literatura, Silva *et al* (2008) encontraram como opção de tratamento desde distração da criança, nos casos mais simples, mordedores, massagem na gengiva, alimentos gelados, anestésicos tópicos, até medicamentos analgésicos e antiinflamatórios nos casos de febre e dor persistente.

Uma vez que os sintomas possivelmente decorrentes da erupção dos dentes são comuns a outras doenças, é importante a atuação de uma equipe multidisciplinar, para que seja descartada a ocorrência de alguma enfermidade responsável por estas manifestações e para que os responsáveis sejam devidamente orientados. Nestes casos a atenção integral é fundamental para atenuar os transtornos sofridos pelas crianças, melhorando o bem-estar e a qualidade de vida da família (DINIZ *et al*, 2006; VASQUES *et al*, 2010).

Outro assunto importante na prevenção de enfermidades bucais na infância é a alimentação. A criança não nasce com padrões de alimentação definidos, mas os adquire através da aprendizagem, fazendo parte do processo de socialização. Hábitos alimentares saudáveis devem ser incorporados precocemente a fim de que se perpetuem

por toda a vida. Essa é a ação da transmissibilidade, que não é somente de microorganismos, mas de cultura e comportamento (FADEL, 2003).

O consumo exagerado de açúcar é um fator de risco para cárie dentária, mas também para várias outras enfermidades. A adição de açúcar é desnecessária e pode ser evitada nos 2 primeiros anos de vida. Introduzi-lo precocemente faz a criança se desinteressar por cereais, verduras e legumes (BRASIL, 2002).

Deve-se orientar as mães para evitar o consumo de líquidos açucarados em mamadeiras, não deixar que a criança durma em posse delas, além de evitar o consumo de alimentos cariogênicos entre as refeições (FADEL, 2003).

Deve-se também evitar oferecer às crianças pequenas: refrigerantes, produtos industrializados com conservantes e corantes artificiais, doces industrializados, café, chás, frituras ou alimentos muito salgados (BRASIL, 2002).

Campos e Zuanon (2004) avaliaram o lanche das merendeiras de crianças de um a seis anos de uma escola particular de Araraquara (SP). Bolachas recheadas estavam presentes em 33,4% das merendeiras, enquanto somente 3,2% levavam frutas. Hernandez *et al* (2008) avaliaram a dieta de 1398 alunos de escolas municipais de Porto Alegre (RS). Destes, 25,6% haviam ingerido balas, 12,7% biscoitos doces, 10,3% salgados, outros 10,3% pirulitos, enquanto que apenas 0,6% haviam ingerido frutas.

Parisotto (2010) avaliou a relação de alguns fatores com a cárie precoce da infância (CPI) em 288 crianças de 3 a 4 anos de escolas públicas de Itatiba-SP. A ingestão de açúcar na forma sólida, pelo menos três vezes ao dia, aumentou em 4,5 vezes o risco de ocorrer a CPI. Levar lanche para a escola além da merenda servida aumentou em 2,1 o mesmo risco.

Pretto e Slavutzky (2004) avaliaram a merenda escolar das escolas municipais de Porto Alegre. Em mais de 60% dos produtos analisados havia alta concentração de sacarose, variando entre 15 e 80% do peso total do alimento.

Assim sendo, a família, a escola e a mídia proporcionam e/ou influenciam a alimentação das crianças. Deve-se buscar um bom entendimento entre essas partes para que influenciem positivamente na dieta dos menores (CAMPOS & ZUANON, 2004).

Muitos pais só começam a realizar a higiene oral dos recém-nascidos após o aparecimento dos primeiros dentes, quando a colonização do *S. mutans* se estabelece. No entanto, esta prática deveria começar até mesmo antes da erupção dos dentes, acostumando o bebê com a manipulação de sua cavidade oral, tornando-o mais receptivo, além de propiciar o estabelecimento de uma flora bacteriana menos patogênica (ROCHA *et al*, 2004). A limpeza deve ser feita com a utilização de gaze umedecida em

água filtrada ou soro. O uso da escova está indicado a partir da erupção do primeiro dente decíduo, não sendo necessário uso de creme dental devido à possibilidade de ingestão pelo bebê. A partir da erupção dos primeiros molares decíduos pode-se usar o mínimo possível de dentífrico (quantidade equivalente a um grão de arroz cru) (BRASIL, 2008).

Com a erupção do primeiro dente por volta do sexto mês de vida, é recomendado remover as mamadas, peito ou mamadeira, no meio da noite, ou, pelo menos, que se proceda à higiene bucal após essas práticas (DE LIMA *et al*, 2006).

Usar a mesma escova, assoprar o leite ou mastigar a comida para o recém-nato são atitudes que podem viabilizar o aparecimento da doença cárie, ocorrendo a transmissão de bactérias patogênicas, quando os pais não possuem saúde bucal; iniciando, desse modo, a formação de uma flora cariogênica na cavidade oral do bebê (ROCHA *et al*, 2004).

Entre dois e nove anos a higiene bucal continua sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis. No entanto, à medida que a criança cresce e desenvolve a motricidade ela deve ser estimulada a realizar a escovação sozinha, com os pais ou responsáveis complementando a escovação (BRASIL, 2008).

O hábito do uso de fio dental, assim como a higiene da língua são práticas ainda pouco difundidas no nosso meio. Para Rank *et al*, (2006) o hábito do uso do fio dental deve ser iniciado assim que houver o irrompimento dos 4 incisivos decíduos inferiores ou algum contato interproximal. Os mesmos autores avaliaram, através de questionário, o uso do fio dental em 307 crianças de 2 a 8 anos no município de Gurupi (TO). Do total de crianças 84% não usavam o fio dental ou realizavam a limpeza sem auxílio de pais. As mães alegaram resistência dos filhos (38%) ausência de hábito (36%) e preço do produto (22%) para não utilização. Segundo Leite e Montenegro, (2011) restos de alimentos, bactérias, células mortas recobrem a língua não higienizada. Essa massa conhecida como saburra lingual está relacionada ao mau hálito, diminuição do paladar e pneumonia aspirativa.

Outro assunto cercado de mitos é a ação de medicamentos, principalmente na forma de xaropes, sobre os dentes. Segundo Passos *et al* (2008) os medicamentos pediátricos possuem potencial cariogênico pela presença de sacarose na sua composição e pelo seu potencial de causar xerostomia. Sousa *et al* (2010) ainda destacam o potencial erosivo dos anti-histaminicos. No estudo de Moreira *et al* (2002) 93% dos responsáveis por crianças atendidas na faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (MG) que se encontravam na sala de espera,

acreditavam que antibióticos enfraquecem os dentes. Neves *et al* (2007) realizaram entrevistas com pais de crianças de 0 a 12 anos atendidas na clínica de odontopediatria de uma faculdade no Rio de Janeiro. Do total de 86 entrevistados 79,1% não realizavam higiene bucal dos seus filhos após a administração de medicamentos. Apesar de 65,1% dos pais considerarem medicamentos infantis doces, apenas 16% destes realizam a higiene bucal das crianças após a ingestão destes fármacos. De Lima *et al* (2006) recomenda que os medicamentos contendo açúcar devem ser evitados entre refeições e à noite. Se não for possível, realizar a higiene bucal logo após a ingestão destes medicamentos.

Muitos pais negligenciam os devidos cuidados com os dentes decíduos pelo fato de serem temporários. Vários motivos atestam a importância da preservação destes dentes. É importante destacar também para os pais os prejuízos oriundos das doenças bucais, principalmente a cárie. Feldens (2008) em revisão de literatura, integrante de tese de doutorado, encontrou como repercussões da cárie dentária: prejuízo na função mastigatória, alterações na fala, na expressão facial, prejuízo emocional, cárie na dentição permanente, diminuição da frequência escolar, dor, menor qualidade de vida, além de prejuízos financeiros devido ao alto custo dos tratamentos.

O flúor vem sendo utilizado como instrumento eficaz na prevenção e controle de cárie dentária. A descoberta de suas propriedades anticariogênicas foi descoberta a partir de estudos sobre a presença do íon na água de beber e a ocorrência de distúrbios durante a formação dos dentes (CAMPOS *et al*, 1998). Uma vez que vem ocorrendo aumento do consumo de dentífrico fluoretado pela população brasileira, é importante adotar medidas que permitam a otimização do uso deste produto, para efetiva prevenção e controle da cárie dentária e diminuição do risco de desenvolvimento de fluorose (BATISTA & VALENCA, 2004).

A fluorose pode se apresentar em várias formas dependendo do seu grau de severidade. A forma leve causa apenas alterações estéticas, caracterizadas por pigmentação branca do esmalte dentário. A fluorose dental moderada e severa, caracterizada por manchas amarelas ou marrons, além de defeitos estruturais no esmalte, apresenta repercussões estéticas, morfológicas e funcionais. A fluorose sistêmica, provocada por ingestão de altas concentrações de flúor (acima de 8 ppm) provoca alterações esqueléticas, articulares, neurológicas e nefrológicas, dentre outras (MOYSÉS *et al*, 2002).

A fluorose constitui um problema de saúde pública, uma vez que trás sérias consequências para o indivíduo, pois em algumas formas provoca importantes alterações

estéticas e funcionais. Além disso, em alguns casos, exige tratamento odontológico complexo, tem sua etiologia conhecida e pode ser prevenida (CANGUSSU *et al*, 2002).

Porém, a prevalência varia bastante nos diversos estudos já realizados. No estudo Cangussu *et al* (2002), onde foi avaliada a prevalência de fluorose em 22 municípios brasileiros, a prevalência variou de 4,5 a 97,6% nos trabalhos que usaram o índice de Dean.

Lima (2007) recomenda supervisão dos pais no momento da escovação, de forma a controlar a quantidade utilizada de creme dental, que deve ser de, no máximo, um grão de ervilha, além de evitar a ingestão; o alerta nas embalagens do produto, advertindo sobre os riscos de intoxicação; redução dos níveis de flúor nos dentifrícios infantis e remoção do sabor agradável para não estimular a ingestão pela criança.

Lesões traumáticas são comuns em crianças. Podem ocorrer logo nos primeiros anos de vida e aumentam de frequência à medida que a criança começa a andar. Na maioria das vezes, afetam os dentes anteriores, podendo alterar a função e a estética e, conseqüentemente, seu comportamento (VASCONCELLOS *et al*, 2006). Os traumatismos em crianças são bastante comuns. Della Valle *et al* (2003) estudaram a ocorrência de lesões traumáticas em bebês de 0 a 36 meses, atendidas em uma clínica de odontopediatria de uma faculdade do Rio de Janeiro. Das 240 crianças avaliadas, 54 (22,5%) apresentavam sinais de traumatismos. Os tipos de eventos mais comuns foram: queda da própria altura, queda do berço, colisão e queda do andador. A fratura de coroa foi o tipo mais frequente de traumatismo.

São vários os tipos de traumatismos. Existem lesões que atingem os tecidos periodontais (concussão/comoção, subluxação, luxação intrusiva, luxação extrusiva, luxação lateral, avulsão) e lesões dos tecidos duros dentários e da polpa (trinco de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte – dentina, fratura de esmalte - dentina – polpa, fratura de esmalte - dentina – cemento, fratura de esmalte - dentina - polpa – cemento, fratura de raiz) (LONDRINA, 2009).

Segundo Araújo *et al* (2010) a avulsão dentária, quando o dente é completamente expulso da cavidade alveolar, é considerado o tipo de traumatismo mais grave, e de pior prognóstico. O sucesso depende de várias condutas realizadas imediatamente após o trauma. Os mesmo autores realizaram uma pesquisa a fim de saber o conhecimento dos pais e professores acerca do tema, ou seja, suas atitudes frente a um caso de avulsão. No caso dos 280 pais entrevistados, 70% retirariam o dente da boca, caso ali permanecesse; 40,9% segurariam o dente em qualquer posição (coroa ou raiz) se caísse

no chão; 59,6% transportariam o dente embrulhado em material seco como papel ou algodão.

Corrêa *et al* (2011) recomenda o reimplante imediatamente, pelos pais ou responsáveis. Em caso em que isso não é possível recomenda manter o dente na saliva. Leite ou soro também podem ser usados quando não for possível manter o dente na boca. No caso de fraturas, as partes da coroa que se soltarem também devem ser levados ao dentista.

O reimplante de dentes decíduos é contra-indicado, visto que a necrose pulpar é um evento frequente e há o risco de causar trauma ao germe do dente permanente durante o reposicionamento (VASCONCELLOS *et al*, 2006).

Neste panorama, observa-se que muitas informações básicas de saúde bucal são ainda inacessíveis à grande parte da população brasileira, reflexo das desigualdades sociais ainda fortemente presentes. O acesso a estas informações é indispensável para que ocorram mudanças de hábitos, e conseqüentemente, promova-se saúde. Desta maneira, perfaz-se a proposta da complementação da caderneta de saúde da criança como estratégia fortalecedora de promoção e cuidado em saúde bucal no cenário de intervenção das equipes de Saúde da Família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dificuldades permeiam o cuidado em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, relacionadas à organização do processo de trabalho, ao acesso dos serviços e à cultura populacional sobre a necessidade de se cuidar dos dentes. Isto vem se refletindo na saúde bucal das crianças. A aplicação do cuidado odontológico precoce, através de ações educativo-preventivas, a longo prazo, resulta em uma melhor qualidade de saúde bucal.

Na prática cotidiana da ESF, observa-se que instrumentos normalizadores do processo de trabalho em saúde, como protocolos, fluxos, rotinas, prontuários padronizados, são capazes de fortalecer a prática cotidiana, principalmente na construção de rotinas mais próximas aos princípios norteadores da ESF. Inclui-se nesta perspectiva a utilização da caderneta nacional de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

A proposta da criação de uma caderneta de saúde bucal para crianças de até 10 anos, reflete-se como um instrumento para a socialização de informações, ser uma ponte para acesso aos serviços de saúde bucal, na condição de acompanhamento, além de efetivar a co-responsabilidade dos pais no cuidado em saúde bucal dos seus filhos.

Portanto, esta proposta pretende colaborar para reorientação dos serviços de saúde bucal, notadamente, através das equipes de Saúde da Família. Pretende ser um passo inicial para que, através de novos estudos, validações e correções, haja um instrumento adequado às realidades dos serviços de saúde bucal e da população brasileira.

6 REFERENCIAS

ARAGÃO, A. K. R.; VELOSO, D. J.; MELO, A. U. C. de. Opinião dos pediatras e odontopediatras de João Pessoa sobre erupção dentária decídua e sintomatologia infantil. **Com. Ciências Saúde**. V. 18, n. 1: p. 45-50, 2007.

ARAÚJO, T. P. B. *et al.* Conhecimento de Pais e Educadores Sobre Avulsão Dental. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 10, n. 3: p. 371-376, set./dez. 2010.

BATISTA, M. D. E.; VALENCA, A. M. G. Dentifrícios fluoretados e sua utilização em crianças. **Arquivos em Odontologia**, v. 40, n. 2: p. 111-206, abr./jun. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº1444** de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal, prestadas nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde; 29 de dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde/Organização pan-americana de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informativo Caderneta da Saúde da Criança**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24225. Acesso em: 12 mar 2011.

BRESOLIN A. M. B., *et al.* Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. **Pediatria básica**. 9 ed. São Paulo: sarvier editora, 2003.

BRONZI, E. S. *et al.* Mordida aberta em pacientes jovens. Relato clínico. **Rev FOL**, V. 14 n. 1: p. 24-29 jan./jun., 2002.

CAMPOS, D.L.; FARIAS, D.G; TOLEDO, O.A.; BEZERRA, A.C. B. Prevalência de fluorose dentária em escolares de Brasília - Distrito Federal. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 12, n. 3, p. 225-230, jul./set. 1998.

CAMPOS, J. A. D. B.; ZUANON, A. C. C. Merenda escolar e promoção de saúde. **Cienc Odontol Bras**, v. 7, n. 3: p. 67-71, jul./set. 2004.

CANGUSSU, M. C. T. *et al.* A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.1: p.7-15, jan-fev, 2002.

CASTILHO, J. B.; PIVA, G. A.; GUIRADO, C. G. Etiologia multifatorial da cárie de mamadeira e diferentes abordagens de tratamento. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, v. 13 n. 1: p. 7-13 Jan./Jun., 2001.

COLARES, V.; CARACIOLO, G. Motivo da visita ao dentista pelas crianças com cinco anos de idade na cidade do Recife. **Odontologia. Clín.-Científ**, v. 4, n. 3: p. 193-198, set./dez. 2005.

COLDEBELLA, C. R. *et al.* Manifestações sistêmicas e locais durante a erupção dentária. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n. 4: p. 450-453, 2008.

CORRÊA, M. S. N. P.; DISSENHA, R. M. S.; WEFFORT, S. Y. K. **Guia de orientação para a gestante, pais, profissionais da saúde e educadores**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2011.

COSTA, B.; TOVO, M. F.; SILVA, S. M. B. da; Distúrbios locais e sistêmicos atribuídos à erupção dos dentes decíduos. **Revista da FOB**, V. 2, n. 3: p. 12-15 Jul./set. 1994.

COSTA, A. L. M.; PAIVA, E.; FERREIRA, L. P. Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva. **Rev Port Clin Geral**, v. 22: p. 337-346, 2006.

CRUZ *et al.* Percepção materna sobre a higiene bucal dos bebês. **Pesq Bras odontoped Clin Integr**, v. 4, n. 3: p. 185-189, set/dez. 2004.

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

DELLA VALLE, D. *et al.* Frequência de traumatismo dentário em bebês. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 34: p. 464-469, 2003.

DINIZ, M. B.; BOLINI, P. D. A.; MINARELLI-GASPAR, A. M. Sintomas locais e sistêmicos relacionados à erupção de dentes decíduos. **Rev Paul Pediatria**, v. 24, n. 1: p. 71-77, 2006.

FADEL, C. B. Cárie Dental Precoce: Qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia?. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, v. 9, n. 3/4: p. 83-89, set./dez. 2003.

FAUSTINO-SILVA, D. D *et al.* Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev. odonto ciênc**, v. 23 n. 4: p. 375-379, 2008.

FELDENS, C. A. **Impacto da implementação do programa dez passos para uma alimentação saudável durante o primeiro ano de vida na ocorrência e severidade de cárie aos 4 anos de idade**. Tese (doutorado em epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

FERREIRA, V. *et al.* Manifestações Sistêmicas e/ou Locais Associadas à Erupção. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 9, n. 2: p. 235-239, maio/ago. 2009.

GIMENEZ, C. M. M. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n. 2: p. 70-83, mar./abr. 2008.

HERNÁNDEZ, A. B.; SLAVUTZKY, S. M. B.; PADILHA, D. M. P. Avaliação do consumo da merenda escolar em escolas municipais de Porto Alegre. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 49, n. 1: p. 26-30, jan./abr. 2008.

HOLANDA, A. L. F. **Relação entre o tempo de amamentação e a presença de hábitos de sucção não nutritivos**. Dissertação (mestrado em Odontologia Preventiva e social), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

KRAMER, P. F. *et al.* Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.24, n.1, Jan. 2008.

LEITE, J. A. MONTENEGRO, F. L. B. **A importância do uso dos limpadores linguais nos pacientes idosos.** Disponível em: <http://bioprogressiva.com.br/portal/colunas/colunas.asp?secao=1&sc=13&scol=2&id=54>. Acesso em 06 de jul de 2011.

LIMA, C. M. G. Fluorose dentária por ingestão de dentifrício: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 19, n. 2: p. 229-233, mai./ago., 2007.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de saúde bucal**. 1. ed. Londrina, 2009. 550p.

MARTINS, R. J. *et al.* Chupeta: amiga ou inimiga?. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, V. 57, n. 1: p. 32-35, jan./fev., 2003.

MARTINS, F. D. *et al.* Avaliação da eficácia do Programa de Odontologia para Bebês da Universidade de Cuiabá/MT na prevenção da cárie dentária. **Revista Inpeo de Odontologia** v. 2, n. 2: p. 1-56, Ago/Dez 2008.

MOIMAZ, S. A. S *et al.* Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5: p. 2477-2484, 2011.

MOREIRA, M. *et al.* Projeto de educação em sala de espera: uma proposta de promoção de saúde – avaliação de 1 ano. **Biosci J**, v. 18, n. 2: p. 103-108, dec. 2002.

MOTA-COSTA, R. *et al.* Percepção de mães sobre a síndrome da erupção dentária e suas manifestações clínicas na infância. **Rev. salud pública**. V.12, n. 1: p. 82-92, 2010.

MOYSÉS et AL, Fluorose dental: ficção epidemiológica? **Rev Panam Salud Publica**, v. 12, n. 5: p. 339-346, 2002.

NEVES, B. G.; PIERRO, V. S. S.; MAIA, L. C. Percepções e atitudes de responsáveis por crianças frente ao uso de medicamentos infantis e sua relação com cárie e erosão dentária. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 12, n. 5: p. 1295-1300, set./out., 2007.

NEVES, F. B. A. **Estratégias para a prevenção e promoção de saúde bucal em crianças de zero a 36 meses de idade, na atenção básica de saúde**. Trabalho de conclusão de curso (especialização em atenção básica em saúde da família), Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

OLIVEIRA, S. A. **Aleitamento materno e sua importância na prevenção e promoção em saúde bucal**. Trabalho de conclusão de curso (especialização em atenção básica em saúde da família), Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

OTTONI, A. B. **Relato de manifestações locais e sistêmicas da erupção dentária no primeiro ano de vida em crianças de São Leopoldo – RS e fatores associados**. Dissertação (mestrado em odontopediatria). Universidade Luterana do Brasil, 2006.

PALÚ, A. P. N. **A inserção da Saúde Bucal no PSF, perspectivas e desafios: A visão odontológica do Paraná**. Dissertação (mestrado em saúde coletiva), Universidade Estadual de Londrina, 2004.

PARISOTTO, T. M. *et al.* A importância da prática de alimentação, higiene bucal e fatores sócio-econômicos na prevalência da cárie precoce da infância em pré-escolares de Itatiba-SP. **Rev Odontol Bras Central**, v. 19, n. 51: p. 333-339, 2010.

PASSOS I. A.; FREITAS, C. H. S. M.; SAMPAIO, F.C. Potencial cariogênico de medicamentos pediátricos – papel na etiologia da cárie dentária. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n.1: p. 125-129, 2008.

POLITANO G. T. *et al.* Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. **Rev Iberoam Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 7, n. 36: p.138-48, 2004.

PRETTO, D. A. R.; SLAVUTZKY, S. M. B. Quantidade de açúcar nos alimentos comprados pela rede municipal de ensino de Porto Alegre para o preparo de merendas escolares em 2002. **R. Fac. Odonto**, v. 45, n. 2: p. 50-53, dez. 2004.

RANK, R. C. I. C; RANK, M. S. DIB, J. E. Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. **Publ. UEPG Ci. Biol**, v. 12, n. 3: p. 31-38, set. 2006.

REZENDE, C. F. M.; KUHN, E. Alterações ocorridas durante a erupção da dentição decídua. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 10, n. 2:p. 163-167, maio/ago 2010.

ROCHA, A. M. L.; NASCIMENTO, R. M. do; PEREIRA, V. A da S. Salud oral en bebés entre 0 y 6 meses de edad. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 7, n. 36: p. 204-210, 2004.

RODRIGUES, J. A.; BOLINI, P. D. A.; MINARELLI-GASPAR, A. M. Hábitos de sucção e suas interferências no crescimento e desenvolvimento craniofacial da criança **Odontologia. Clín.-Científ**, v. 5, n. 4: p. 257-260, out/dez., 2006.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, 2007.

SAVELI, C. C. **Saúde Bucal dos Homens Jovens: Ponta Grossa- Paraná**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2006.

SESC. DEPARTAMENTO NACIONAL. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, 2007.132p.

SESC. **Guia de saúde bucal do educador – sorriso é coisa séria**. São Paulo: SESC, 2008.

SILVA, F. W. G. P. e, *et al.* Erupção dental: sintomatologia e tratamento. **Pediatria**, v. 30, n. 4: p. 243-248, 2008.

SOUSA, R. I. M. *et al.* **Potencial erosivo e cariogênico de anti-histamínicos de uso infantil.** **RFO**, v. 15, n. 3: p. 255-260, set./dez. 2010.

TOMASI, E.; VICTORA, C. G.; OLINTO, M. T. A Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. **J. Pediatr.**, V. 70, N. 3: p. 167-173, 1994.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; FRANCO, L. J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 3: p. 299-303, 2000.

VALDIGHI H. C. *et al.* Hábitos deletérios x aleitamento materno. **RGO**, v. 52, n. 4: p. 237-239, outubro, 2004.

VASCONCELLOS, R. J. H.; MARZOLA, C.; GENU, P. R. Trauma dental – Aspectos clínicos e cirúrgicos. **Revista de odontologia da ATO**, v. 6, n. 12: p. 774-796, dez., 2006.

VASQUES, E. F. L. *et al.* Manifestações relacionadas à erupção dentária na primeira infância – percepção e conduta de pais. **RFO**, v. 15, n. 2: p. 124-128, maio/ago. 2010.

VIANA, A. L; DAL-POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v. 15, 2005.

ZUANON A. C. C.; AZEVEDO, E. R.; COLDEBELLA, C. R. Eficácia de um programa odontológico educativo aplicado na zona rural de Araraquara (SP). **Rev. Ciênc. Ext.** v. 4, n. 1: p. 113, 2008.

APENDICE

CADERNETA DE SAÚDE BUCAL

da Criança



CADERNETA DE SAÚDE BUCAL

da Criança

Aureo Mendes Silveira

Márcia Helena Destro Nomelini

Ilustrações: Sheila Lima Barreto

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data de nascimento: __/__/____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Unidade Básica que frequenta: _____

Nº do prontuário na UBS: _____

Nº do Cartão do SUS: _____

ÍNDICE

Apresentação	05
Saúde bucal do bebê	06
A amamentação natural	06
Cárie de mamadeira	07
A higiene bucal do bebê	09
Surgem os primeiros dentinhos	10
Cuidado Importante	11
A boca e os dentes	12
A cárie e a gengivite	15
A higiene bucal	19
Como escovar os dentes das crianças	19

O uso do fio dental e a higiene da língua	22
A escovação feita pela própria criança	24
Cuidados complementares	26
Em caso de acidentes...	29
Acompanhamento	31

APRESENTAÇÃO



Toda criança tem o direito de ter dentes saudáveis, mastigar bem, falar e sorrir com dignidade. Isso só é possível se os devidos cuidados forem tomados desde o nascimento. Como a criança não é responsável por si própria, cabe a família, juntamente com os serviços de saúde, o conjunto de atitudes que resultarão em saúde bucal. Esta caderneta é um instrumento para que isso aconteça.

Aqui os pais ou responsáveis encontrarão informações importantes sobre o cuidado em saúde bucal, além de um registro de consultas ao consultório odontológico que devem acontecer até a criança completar 10 anos. Guarde esta caderneta com cuidado. Será um documento em prol da saúde bucal do seu filho (a).

Saúde Bucal do bebê

A amamentação natural

Além das inúmeras vantagens da amamentação que você já deve ter conhecimento, saiba que ela também é muito importante para a saúde bucal do seu filho. O leite materno tem tudo que o bebê e seus dentes precisam. São vantagens da amamentação que você também precisa saber:



Estimula o desenvolvimento da face e das arcadas dentárias, assim como o posicionamento correto dos dentes;

Contribui para o bom desenvolvimento da mastigação, deglutição, respiração e fala.

(SESC, 2007)

6

A recomendação é que a amamentação no peito seja a única fonte de alimentação até os seis meses. A partir daí, começa-se a introdução de novos alimentos à dieta do bebê. O bebê passa a usar a colher, e posteriormente, o copo, não necessitando uso de mamadeira (SESC, 2007).



Cárie de mamadeira

Existe um tipo de cárie que surge já nos primeiros dentinhos. Ela é muito agressiva e destrói os dentes rapidamente. Está associada principalmente a amamentação noturna, quando a criança amamenta (principalmente líquidos açucarados na mamadeira) e dorme sem realizar a higiene bucal. (CASTILHO *et al*, 2001; CORREA *et al*, 2011).

7



Evite mamadeiras e chupetas. Se usadas por longo período, podem causar sérios problemas bucais à criança. O uso prolongado atrapalha o desenvolvimento da arcada dentária e a erupção (nascimento) dos dentes na posição correta (BRONZI *et al*, 2002). Veja a figura abaixo:



Mordida aberta provocada por uso prolongado de chupeta.



A higiene bucal do bebê

A higiene bucal da criança deve ser realizada antes mesmo do nascimento dos dentes, a fim de remover os restos de leite que ficam retidos nos cantos da boca. (CORREA *et al*, 2011) Essa atitude também acostuma o bebê com a manipulação de sua boca, tornando-o cada vez mais receptivo (ROCHA *et al*, 2004).

A limpeza da boca deve ser feita com a utilização de gaze umedecida em água filtrada ou fervida, na temperatura ambiente. Esse processo deve ser realizado após as refeições, após o uso de xaropes ou outros medicamentos adocicados e também antes de dormir (ASSOCIAÇÃO JOVENS DENTISTAS).



Surgem os primeiros dentinhos...

Por volta dos seis meses vai “nascer” o primeiro dentinho. Nessa ocasião a criança pode ficar irritada, manhosa, diminuir o apetite, começar a babar por aumento da saliva, esfregar constantemente as mãozinhas na boca, mastigar objetos, até ter diarreia e febre (COSTA *et al*, 1994). Para tranquilizá-la, procure distraí-la, ofereça um mordedor de borracha apropriado (comprado em farmácias). Em caso de dúvidas procure o dentista ou o médico. Em alguns casos é preciso medicar. Os sintomas também podem não estar relacionados ao nascimento dos dentes. Algumas doenças fazem com que os bebês apresentem os mesmos sintomas (SILVA *et al*, 2008).



Cuidado importante

A mãe não deve evitar beijar o bebê na boca, experimentar o sabor ou a temperatura do alimento na colher ou no copo que oferecerá ao bebê, pois poderá levar bactérias de sua boca para a boquinha de seu filho, transmitindo doenças para a criança, inclusive a cárie (ROCHA *et al*, 2004, SESC, 2007).





A boca e os dentes...

Os dentes são divididos em duas partes: a coroa (a parte que se vê) e a raiz (parte que não se vê), os dentes são formados por três camadas: a mais externa e dura é o esmalte, a intermediária é a dentina, e a mais interna a polpa (SESC, 2008).



12

Durante a vida temos duas dentições. A dentição de leite é formada por 20 dentinhos, sendo 10 em cada arcada. O primeiro surge por volta dos 6 meses e o último por volta dos 2 anos (RADESPIEL, 1999).



Em torno dos 6 anos, nasce o primeiro dente permanente (primeiro molar) que vem logo atrás do último dente de leite. Por volta dos 13 anos a dentição permanente está quase completa, faltando apenas os dentes sisos. Eles podem nascer entre 17 até os 30 anos de idade. O adulto tem 32 dentes permanentes, sendo 16 em cada arcada (RADESPIEL, 1999).



13

Acompanhe na tabela a época aproximada da erupção (nascimento) e da esfoliação (queda) dos dentes de leite.



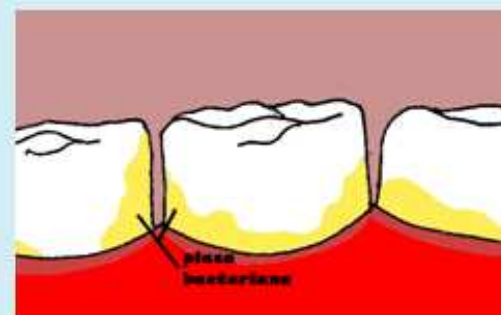
	Dentes Inferiores		Dentes Superiores	
	Erupção (nascimento)	Esfoliação (queda)	Erupção (nascimento)	Esfoliação (queda)
Incisivo Central	6 meses (1º)	6-7 anos	7 ½ meses (3º)	7-8 anos
Incisivo Lateral	7 meses (2º)	7-8 anos	9 meses (4º)	8-9 anos
Canino	16 meses (7º)	9-10 anos	18 meses (8º)	11-12 anos
Primeiro Molar	12 meses (5º)	10-12 anos	14 meses (6º)	10-11 anos
Segundo Molar	20 meses (9º)	11-12 anos	24 meses (10º)	11-12 anos

Fonte: LONDRINA (2009)



A cárie e a gengivite

Os restos alimentares não removidos, junto com as bactérias da boca formam uma camada sobre o dente chamada de placa bacteriana. Esta placa é responsável pelo surgimento das cáries e da inflamação e sangramento das gengivas, a gengivite. (SESC, 2008)



A cárie começa por uma mancha esbranquiçada no dente, passando por um pequeno furo, atinge a polpa (parte interna onde estão vasos sanguíneos e nervos), até destruí-lo completamente, sendo necessária a extração. Se não tratada, a cárie, que é uma infecção, pode se espalhar para outras partes do corpo, causando sérios danos à criança (ASSOCIAÇÃO JOVENS DENTISTAS).

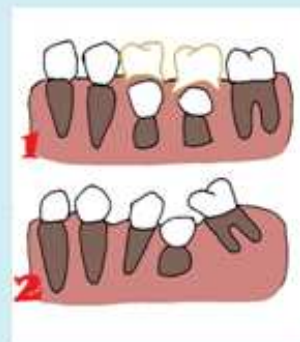


Com o tempo a placa bacteriana não removida também pode endurecer, formando uma crosta sobre o dente, chamada de tártaro.

A placa bacteriana e o tártaro provocam inflamação e/ou infecção na gengiva (gingivite). No começo apresenta sangramento e mau-hálito. Se não tratada, a doença avança, atinge os ossos que sustentam o dente, podendo levar à sua perda (ASSOCIAÇÃO JOVENS DENTISTAS).

Apesar de os dentes de leite serem temporários, eles são **muito importantes!** Problemas bucais, principalmente a cárie, podem:

- ✓ Prejudicar a mastigação, e, consequentemente, a digestão dos alimentos;
- ✓ Levar à perda de espaço para os dentes permanentes nascerem. Quando a criança perde um dente de leite antes da época, os dentes vizinhos ficam sem apoio e movimentam-se, fechando o espaço para o dente que vai nascer. Os dentes permanentes ficam então mal posicionados (problemas ortodônticos);



Em **1** dentes de leite permanecem até o nascimento dos dentes permanentes. Em **2** dentes de leite extraídos precocemente, havendo perda de espaço para o sucessor nascer.

- ✓ Afetar o crescimento em altura do osso que sustenta os dentes;
- ✓ Causar prejuízos estéticos - a maioria das crianças que possui dentes destruídos apresenta problemas psicológicos. Elas se acham diferentes das demais crianças, ficam retraídas e apresentam sorriso fechado;
- ✓ Provocar alterações na fala e na expressão facial;
- ✓ Causar cárie na dentição permanente;
- ✓ Causar dor e sofrimento;
- ✓ Fazer com que a criança diminua a frequência na escola;
- ✓ Levar a diminuição da qualidade de vida.

FELDENS (2008); RADESPIEL (1999)



A higiene bucal

As crianças até sete anos não escovam os dentes muito bem, elas não tem coordenação motora adequada para isso. É obrigação dos pais complementar a escovação dos seus filhos. Mesmo se a criança dizer que já escovou ou que sabe escovar sozinha, os pais devem insistir.

(BLAT, 2011)

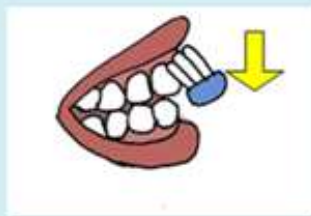
Como escovar os dentes das crianças

Entre os dois e nove anos a higiene bucal continua sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis. No entanto, à medida que a criança desenvolve suas capacidades ela deve ser estimulada a realizar a escovação sozinha, com os pais ou responsáveis complementando a escovação (BRASIL, 2008). A escovação deve ser realizada seguindo algumas orientações:

Fique de pé atrás da criança;



Afastos os lábios e as bochechas com uma mão e escove com a outra. Escove os dentes superiores de cima para baixo fazendo movimentos circulares e de varredura (por dentro e por fora);



Os dentes inferiores são escovados da mesma forma, porém de baixo para cima;



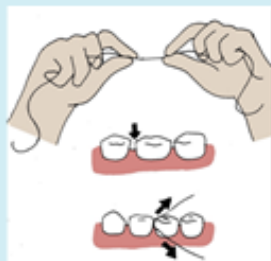
A parte de cima dos dentes de trás (onde se mastiga) é escovada com movimentos de vai-e-vem:



(PORTAL VOLUNTÁRIOS BRADESCO, 2010)

• uso do fio dental e a higiene da língua

O fio dental é indispensável para limpeza dos espaços entre os dentes. Deve-se iniciar o uso tão logo nasça os 4 primeiros dentes inferiores ou já tenha algum contato entre um dente e outro do bebê (RANK *et al*, 2006).



O responsável pela escovação deve utilizar cerca de 30 cm de fio dental e enrolar as extremidades nos dedos médios de cada mão. O fio deve ser curvado em forma de "C" sobre as laterais de cada dente e deslizá-lo para cima e para baixo, várias vezes (CORREA *et al*, 2011)

A higiene da língua também é importante, pois é um local de acúmulo de alimentos e bactérias. A falta de higiene da língua causa mau hálito, além de outros problemas de saúde. (LEITE & MONTENEGRO, 2011). A língua pode ser limpa com a própria escova ou com limpadores próprios para isso (SESC, 2008).



Importante: para crianças até 3 anos de idade, utilize creme dental sem flúor. A criança até esta idade, não sabe cuspir, e acaba engolindo o creme dental. O excesso de flúor pode causar problemas (principalmente manchas e defeitos no esmalte) nos dentes que estão se formando, comprometendo a estética e a estrutura deles. (CORREA *et al*, 2011).

Pelo mesmo motivo quantidade de creme dental deve ser mínima, do tamanho de um grão de ervilha. Não permita que a criança coma o creme dental. Prefira cremes dentais sem sabor, para não estimular a ingestão (LIMA, 2007).



E lembre-se: creme dental é um MEDICAMENTO, não é comida, nem cosmético.

A escovação feita pela própria criança

Crianças de sete anos já devem escovar seus próprios dentes, mas tudo deve ser supervisionado pelos pais:

Mantendo os dentes ocluídos (dentes de cima encostados nos de baixo) escová-los fazendo movimentos circulares no lado de fora.

Movimentos circulares também lado de dentro.

Depois, escovar a parte de cima (mastigatória) dos dentes com movimento de vai-e-vem.

A criança também deve escovar a língua e usar o fio dental. Os pais devem supervisionar a escovação e fazer orientações.

(BLAT, 2011)



Cuidados complementares

- ✓ O consumo exagerado de açúcar é um fator de risco para cárie, mas também para várias outras enfermidades. A adição de açúcar é desnecessária e pode ser evitada nos 2 primeiros anos de vida. Introduzi-lo precocemente faz a criança se desinteressar por cereais, verduras e legumes (BRASIL, 2002).



- ✓ Muitas vezes os lanches que as crianças levam para a escola contribuem muito para o surgimento de cáries e outras doenças. Portanto tome muito cuidado com o que seu filho leva para a escola. Procure colocar na merendeira frutas, legumes, sucos, em vez de salgadinhos, refrigerantes, balas e doces (RADESPIEL, 1999).



- ✓ Os Antibióticos ou quaisquer outros medicamentos comumente usados não deixam os dentes mais fracos. O problema é o açúcar neles contido. Portanto, logo após a criança tomar xaropes, deve-se fazer a higiene bucal, para evitar cáries (Associação jovens dentistas).



- ✓ Evite comentar, na frente da criança, assuntos relacionados a tratamentos dentários, como “tomar injeção”, “arrancar dente”, pois estas atitudes podem vir a causar algum tipo de trauma ou medo de dentista;

- ✓ Levar a criança regularmente ao dentista faz com que a criança se habitue ao ambiente de um consultório odontológico;
- ✓ Diga sempre ao seu filho que o dentista é um amigo e que se preocupa com a saúde dele;
- ✓ Atenção especial deverá ser dada ao **primeiro molar permanente**, que é frequentemente confundido como um dente de leite, pois ele nasce logo aos 6 anos, sem um dente de leite que o preceda (**só nasce uma vez!**). Sua perda é extremamente prejudicial para toda a dentição permanente. Ele poderá ser facilmente reconhecido, pois nasce logo atrás dos últimos dentes de leite; tem um volume bem maior que os outros e sua cor é geralmente mais amarelada; outros dentes permanentes nascerão atrás deste;
- ✓ Simples atos, como mastigar chicletes ou morder objetos estranhos, são considerados vícios que podem causar os mesmos problemas do bruxismo e, portanto, devem ser abandonados.

(HOSPITAL GERAL, 2011)

Em caso de acidentes...

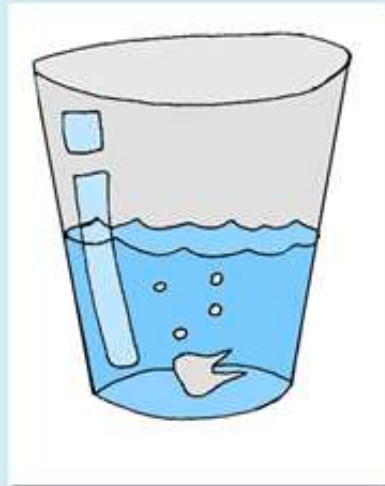
Acidentes são comuns com crianças. Podem ocorrer logo nos primeiros anos de vida e aumentam de frequência à medida que a criança começa a andar. Na maioria das vezes, afetam os dentes da frente, podendo alterar sua estética e sua função. (VASCONCELLOS *et al*, 2006).

Em caso de quedas com envolvimento dentário, procure o dentista imediatamente. Se for possível recoloque o dente no lugar. Se isso não for possível mantenha o dente dentro da boca da criança. O melhor meio de se manter o dente é na própria saliva (CORRÊA *et al*, 2011).



Caso o dente permanente saia completamente da boca, pegue-o pela coroa (nunca pela raiz!) coloque imerso em um pouco de leite comum ou soro e procure um dentista **imediatamente** para avaliar a

devem ser levados ao dentista. Quanto mais rápido o atendimento, melhor o resultado. (CORRÊA *et al*, 2011)



30

Acompanhamento



31

ACOMPANHAMENTO

6 meses

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

12 meses

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

18 meses

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

2 anos

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

3 anos

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

4 anos

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

5 anos

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

6 anos

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

7 anos

17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

8 anos

17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Data do exame: ____/____/____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

9anos

17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87

Data do exame: ____ / ____ / ____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO

10anos

17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87

Data do exame: ____ / ____ / ____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO
Visita não-programada

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Data do exame: ____ / ____ / ____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

ACOMPANHAMENTO
Visita não-programada

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Data do exame: ____ / ____ / ____

Ceo: _____ **CPOD:** _____

Profissional: _____

Observações: _____

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO JOVENS DENTISTAS. Manual de saúde bucal. A saúde bucal é legal. São Bernardo do Campo, s. ed., s. d.

BLAT, G. Dicas ajudam a manter os dentes limpos e longe das cáries. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/eqi20000615_5.shtml. Acesso em 06 de jul de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde/Organização pan-americana de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRONZI, E. S. et al. Mordida aberta em pacientes jovens. Relato clínico. Rev FOL, V. 14 n. 1: p. 24-29 jan./jun., 2002.

CORREA, M. S. N. P.; DISSENHA, R. M. S.; WEFFORT, S. Y. K. Guia de orientação para a gestante, pais, profissionais da saúde e educadores. 2 ed.. São Paulo: Santos, 2011.

CASTILHO, J. B.; PIVA, G. A.; GUIRADO, C. G. Etiologia multifatorial da cárie de mamadeira e diferentes abordagens de tratamento. Rev. Fac. Odontol. Lins, v.13 n. 1: p. 7-13 Jan./Jun., 2001.

COSTA, B.; TOVO, M. F.; SILVA, S. M. B. da; Distúrbios locais e sistêmicos atribuídos à erupção dos dentes decíduos. Revista da FOB, V. 2, n. 3: p. 12-15 Jul./set. 1994.

FELDENS, C. A. Impacto da implementação do programa dez passos para uma alimentação saudável durante o primeiro ano de vida na ocorrência e severidade de carie aos 4 anos de idade. Tese (doutorado em epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

HOSPITAL GERAL. Saúde bucal – higiene bucal da criança. Disponível em: http://www.hospitalgeral.com.br/1_com/saude_bucal/higienecri.htm. Acesso em 06 de jul de 2011.

LEITE, J. A. MONTENEGRO, F. L. B. A importância do uso dos limpadores linguais nos pacientes idosos. Disponível em: <http://bioprogressiva.com.br/portal/colunas/colunas.asp?secao=1&sc=13&scol=2&id=54>. Acesso em 06 de jul de 2011.

LIMA, C. M. G. Fluorose dentária por ingestão de dentifício: relato de caso clínico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v. 19, n. 2: p. 229-233, mai./ago., 2007.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Manual de saúde bucal. 1. ed. Londrina, 2009. 550p.

MARTINS, R. J et al. Chupeta: amiga ou inimiga?. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. V. 57, n. 1: p. 32-35, jan./fev., 2003.

PORTAL VOLUNTARIOS BRADESCO. Campanha de higiene pessoal. Disponível em: <http://www.voluntariosbradesco.com.br/site/pagina.php?idconteudo=1212>. Acesso em 06 de jul de 2011.

RADESPIEL, M. **Alfabetização sem segredos: eventos escolares**. Contagem: Editora IEMAR, 1999.

RANK, R. C. I. C.; RANK, M. S. DIB, J. E. Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. **Publ. UEPG Ci. Biol**, v. 12, n. 3: p. 31-38, set. 2006.

ROCHA, A. M. L.; NASCIMENTO, R. M. do; PEREIRA, V. A. da S. Salud oral en bebés entre 0 y 6 meses de edad. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 7, n. 36: p. 204-210, 2004.

SESC. DEPARTAMENTO NACIONAL. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, 2007. 132p.

SESC. **Guia de saúde bucal do educador – sorriso é coisa séria**. São Paulo: SESC, 2008.

SILVA, F. W. G. P. e, *et al.* Erupção dental: sintomatologia e tratamento. **Pediatria**, v. 30, n. 4: p. 243-248, 2008.

VASCONCELLOS, R. J. H.; MARZOLA, C.; GENU, P. R. Trauma dental – Aspectos clínicos e cirúrgicos. **Revista de odontologia da ATO**, v. 6, n. 12: p. 774-796, dez., 2006.