

L323p Larivoir, Luciana Nehme
2008 Promoção e educação em saúde bucal voltadas para gestantes e cuidadores de crianças de zero a cinco anos do Centro de Saúde Piratininga / Luciana Nehme Larivoir.
MP 52f.
Orientadora: Enia Salles Rocha
Monografia (Especialização)- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.
1.Educação em saúde bucal. 2. Odontologia preventiva. 3. Gestantes
I. Rocha, Enia Salles. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK D5

Elaborada pela biblioteca da Faculdade de Odontologia da UFMG

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho..

A minha filha Thais que sempre me apoiou e incentivou

Agradeço...

A todos que de alguma forma contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade, em especial:

A minha orientadora Professora Enia Salles Rocha;

As amigas e colegas, do Centro de Saúde Piratininga;

Ao meu marido Geraldo que sempre esteve ao meu lado.

;

RESUMO

Larivoir, L. N. **Promoção e educação em saúde bucal voltadas para gestantes e cuidadores de crianças de zero a cinco anos do centro de saúde Piratininga.** 52f. Monografia - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais Belo, Horizonte/MG, 2008.

A cárie dentária é a doença bucal predominante na população brasileira e especialmente preocupante nas crianças com até cinco anos de idade. Assim, torna-se necessário o aumento da oferta de cuidados clínicos e medidas preventivas com a intensificação das ações educativas para a comunidade. O papel do cirurgião dentista dentro do contexto da saúde oral da população infantil é essencial, uma vez que detêm amplo conhecimento dos fatores etiológicos, meios de prevenção e controle das doenças bucais. A disseminação desses conhecimentos representa a principal meta a ser alcançada. Essa medida de promoção de saúde deve ser iniciada o mais precocemente possível, através da orientação às gestantes e cuidadores de crianças menores de cinco anos. Os objetivos desse estudo foram promover atendimento clínico para gestantes e crianças menores de cinco anos e planejar ações educativas para as gestantes e os cuidadores das crianças. As crianças menores de cinco anos receberão atendimento clínico e durante seu tratamento os cuidadores participarão de grupos operativos de educação em saúde bucal. As gestantes até o 5º mês de gestação serão encaminhadas para atendimento clínico e no grupo de gestantes receberão educação para a saúde com medidas de autocuidado e cuidados com o bebê. As ESF e ESB necessitam se mobilizar para desenvolver estratégias eficazes de práticas educativas e preventivas voltadas para a modificação comportamental de gestantes e cuidadores de crianças. A idade de até cinco anos é a ideal para o condicionamento de hábitos adequados de alimentação e higiene oral.

Palavras-chave: Saúde bucal, criança, gestante, odontologia preventiva

ABSTRACT

Larivoir, L. N. **Promotion and oral health education directed to pregnant women and caregivers of children with aged zero to five years of the health center Piratininga.** 52f. Monografia - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais Belo, Horizonte/MG, 2008.

Dental caries is the oral disease that mostly affects the Brazilian population and it assumes outstanding position among children up to five years of age. Thus, it becomes necessary to promote an increase in both clinical and preventive care, highlighting the educational actions for the community. Dentists play a fundamental role within the context of infant population oral health, for they have a wide knowledge on etiological agents, preventive measures and control of buccal diseases. Disseminating such concepts is the main goal to be reached. Such measures of health promotion must start immediately, through educational guidance to pregnant women and under five year old child caretakers. The aims for this study were to promote clinical care for the pregnant women and children under five years of age, and also to enhance educational measures for caretakers. Children under five years will get clinical care, while their caretakers will join operative groups on buccal health education. Women up to the 5th month of pregnancy will be referred to clinical care besides becoming members of future mother groups, where they will be trained on self-care and newborn care as well.

Both Family Health and Buccal Health teams need to develop effective strategies concerning educational practices in order to change behaviors. Age five or under is ideal to establish adequate nourishing habits and oral hygiene.

Key words: Oral Health, Children, Pregnant Women, Preventive Dentistry

SUMÁRIO

I.Introdução.....	12
II.Revisão.....	15
II.1. A Saúde no Brasil.....	15
II.2. A Reforma Sanitária.....	15
II.3. A Atenção Primaria a Saúde.....	17
II.4. A Saúde Bucal.....	21
II.5. Promoção de Saúde.....	25
II.6. Cárie dentária, flúor, aleitamento materno, dieta, chupeta e higiene oral.....	27
II.7. Educação em Saúde.....	35
III.Metodologia.....	41
IV.Resultados.....	46
V.Conclusão.....	49
VI.Referências.....	50

I-Introdução

A cárie dentária é uma doença que acompanha a humanidade ao longo da história. Através da literatura mundial tem-se observado uma tendência de queda nos índices de cárie (DAVIES; SPENCER; SLADER, 1997; DAWNER, 1996; PETERSON; BRATTHALL, 1996). No Brasil, os poucos estudos que envolveram crianças do nascimento aos seis anos de idade, revelaram que a dentição temporária beneficiou-se bem menos do recente “boom” preventivo, com resultados que variam muito de uma região para outra e entre as classes sociais envolvidas (PINTO, 1999).

Segundo dados do SB Brasil (BRASIL,2004), em relação à população adulta, observa-se que existe um elevado índice de cárie no país. Preocupante também é a situação das crianças com até cinco anos de idade, que apresentaram uma alta prevalência de cárie. Provavelmente porque os programas de saúde bucal se preocuparam muito com a criança a partir dos sete anos de idade (PINTO,1990). Os dados que chamaram atenção foram que 22% das crianças de 18 a 36 meses tinham pelo menos um dente decíduo cariado. Aos cinco anos, esta proporção aumentou para 52%(BRASIL,2004).

A priorização da atenção a grupos etários resultou em melhoria da dentição permanente de escolares de 6 a 14 anos- especialmente restrita a esta faixa etária-, sendo a manutenção da higiene da dentição decídua muitas vezes menosprezada. É reconhecido, porém, que a história de cárie na dentição decídua pode estar associada à experiência futura em dentição permanente (PINTO, 1990).

A situação precária em relação à saúde bucal, não se deve somente aos fatores biológicos que são essenciais para o aparecimento de várias doenças, mas também a fatores diversos como o grau de desenvolvimento econômico, social e

educacional do país, e ainda os padrões de cultura e de tradição popular que regulam os hábitos e as condutas pessoais e coletivas (SOUZA et al, 1999).

Assim, a obtenção de melhores condições de saúde bucal está ligada tanto à melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos, quanto à reorientação dos serviços de saúde, aumentando-se a oferta de cuidados clínicos básicos, adotando-se medidas preventivas gerais e intensificando as ações educativas para a comunidade (PINTO,1999).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), promover saúde consiste em ensinar indivíduos a exercer maior controle sobre sua saúde, melhorando-a (Carta de Ottawa, 1986, Declaração de Jacarta, 2002). Quando este processo é dirigido a uma comunidade, os esforços devem ser direcionados para que os indivíduos tenham controle sobre os determinantes de saúde. Os fatores que influenciam a saúde são múltiplos e interativos, assim promover saúde significa modificar determinantes de saúde individuais, como estilo de vida, e comportamentos, bem como fatores sociais, educação, emprego, condições de trabalho que levarão a uma modificação de vida. Modificações de estilo de vida ou comportamentos são atitudes que cabem a cada indivíduo. Ao profissional de saúde que visa melhorar a qualidade de vida da população, cabe ensinar e orientar indivíduos para que esses possam escolher de maneira consciente seus hábitos de vida, que irão influenciar diretamente na sua saúde (INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION, 1999).

A educação e a motivação são procedimentos importantes para desenvolver a consciência crítica nas pessoas quanto às reais causas de seus problemas, despertando o interesse pela manutenção da saúde e criando uma disposição para a ação (SANTOS; RODRIGUES; GARCIA, 2002).

Quando os programas educativos são destinados às crianças na faixa etária de zero a cinco anos, estes deverão ser voltados para os cuidadores (pais, avós, responsáveis), visto que possuem papel fundamental na realização e complementação de cuidados relativos à saúde bucal das crianças, além de atuarem na formação de valores, hábitos e comportamentos das mesmas (BIJELLA,1999; MARTIN; ANGELO, 1999).

Uma instituição de saúde deve integrar ao seu programa assistencial atividades preventivas e educativas que possibilitarão alcançar seu objetivo principal, ou seja, a saúde de seus usuários. No Centro de Saúde Piratininga ao longo dos anos de atendimento odontológico constatou-se que há um elevado número de urgências em crianças. Pretende-se através desse estudo traçar diretrizes para um planejamento de atividades educativas voltadas para gestantes, pais, mães, avós ou qualquer outro responsável pelo cuidado de crianças de zero a cinco anos. Com as atividades educativas bem planejadas poder-se-á incentivar outros membros das equipes de Saúde Bucal e/ou Equipe de Saúde da Família a se interessarem por elas, desenvolvendo projetos e programas para a melhoria da saúde da população assistida.

II-Revisão de literatura

II-1. A Saúde no Brasil

A partir da implantação da república até os anos trinta, as políticas de saúde funcionaram principalmente por meio de campanhas sanitárias que eram destinadas ao combate das epidemias ocorridas nas cidades e na zona rural. A era Vargas, dos anos trinta aos anos cinquenta foi marcada pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões que foram organizados por categorias profissionais. Estes institutos foram criados por Getúlio Vargas e favoreciam algumas categorias de trabalhadores urbanos assalariados, pertencentes aos sindicatos (LUZ, 1991).

No início dos anos sessenta, os serviços de saúde estavam ineficazes e burocratizados. Isso levou ao início de um movimento social que reivindicava reformas, porém as forças sociais conservadoras levaram ao golpe militar em 1964. A partir daí foram vinte anos de ditadura militar. As políticas de saúde eram excludentes e os recursos financeiros do Estado, destinados à saúde, eram mínimos e vinham principalmente das contribuições mensais de empregados e empregadores (LUZ, 1991).

Alguns grupos da sociedade civil iniciaram movimentos de lutas pela democratização do país. Uma forte crise econômica piorou ainda mais a qualidade de vida da população, o que fez com que o governo militar reconhecesse a necessidade de mudança. Os serviços de saúde se tornaram foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982 (LUZ, 1991).

II-2. A Reforma Sanitária

O movimento da Reforma Sanitária surgiu apresentando um projeto de mudança do sistema público de saúde existente no país. Profissionais universitários e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) discutiram e elaboraram as bases teóricas do projeto de transformação da saúde, a partir de experiências bem sucedidas em outros países. Propuseram um sistema público de saúde descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas, com democrática participação da população. Este projeto foi chamado de Sistema Único de Saúde (SUS) (LUZ, 1991).

O movimento internacional, que se desenvolveu após a conferência de Alma-Ata (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, 1978), sobre a atenção primária à saúde, refletiu-se no Brasil e foram criados programas para crescimento dos serviços de atenção primária, ocorrendo uma maior integração das ações preventivas e curativas. Dentre esses programas podemos citar: Ações Integradas de Saúde (AIS - favoreceu a descentralização dos serviços de saúde em níveis municipal e distrital), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde na Previdência Social (SUDS) (LUZ, 1991).

Na chamada “Nova República” após o fim do regime militar, começou a ser discutida a reforma da Constituição Federal do Brasil.

Em 1985, o governo convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) para o ano de 1986. Assim, as discussões sobre a Reforma Sanitária foram, sobretudo, em torno de questões fundamentais como finalidades, diretrizes e método da Reforma. Foram pontos específicos: a unificação dos serviços de saúde, a descentralização, a hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos e a participação popular nos serviços de saúde. O relatório final da VIII CNS continha o projeto de Reforma Sanitária Brasileira e foi levado à Assembléia Nacional Constituinte como proposta para a saúde (LUZ, 1991).

A nova Constituição Federal, aprovada em 1988, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), manteve os mais importantes princípios da Reforma Sanitária, entre os

quais o que diz: “A saúde como direito do cidadão e dever do Estado...” (GOMES, 2004). A Constituição também trouxe o conceito de saúde de forma ampliada.

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Nessa nova concepção, a saúde deixa de ser uma contraprestação e passa a ser direito público subjetivo da pessoa humana: Não é necessário ser contribuinte do sistema de seguridade social para ter direito garantido à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Posteriormente as Leis 8080/1990 e 8146/1990 (BRASIL, 2006) regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS).

II-3. A Atenção Primária à Saúde

No Brasil, como em outros países, foi difícil desenvolver a Atenção Primária à Saúde (APS). O Programa de Saúde da Família (PSF) foi a estratégia utilizada para a reestruturação e incorporação da APS ao Sistema de Saúde (VASCONCELOS, 2000).

O médico da família foi proposto inicialmente nos Estados Unidos da América e em 1969 a medicina familiar foi reconhecida como especialidade médica. Este movimento se espalhou no Canadá, México e alguns países europeus na década de setenta, como reação à superespecialização do trabalho médico, aos altos custos financeiros da saúde, como também à fragmentação proporcionada pela medicina curativa. Essa prática dos médicos de família representou uma volta ao passado, onde o médico cuidava da saúde de todos na família (VASCONCELOS, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e algumas instituições financeiras promoveram na América Latina, na década de setenta, seminários e publicações para

divulgar a proposta do médico de família, mas encontrou oposição no Brasil, por parte de alguns profissionais de saúde (CAMPOS, 1994).

Havia duas propostas de modelo de APS: do médico de família, cujo serviço era centralizado na figura do médico, e a proposta de saúde comunitária que se baseava no trabalho em equipe e na relação educativa com a população. Essa última proposta era realizada junto à Pastoral da Criança e Movimento Sociais da época. Eram criticadas e vistas como medicina para pobre, barata e sem qualidade, que ajudava o Estado a justificar os poucos recursos que liberava para os serviços de saúde (CAMPOS, 1994).

Um terceiro modelo era defendido pelos profissionais que estavam envolvidos com a reforma do sistema de saúde. Eles defendiam um aumento dos serviços básicos fazendo sua integração com serviços especializados. Atividades preventivas eram desenvolvidas, mas o atendimento à saúde continuou a ser realizado por médicos especialistas principalmente de clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia. Desse modo, expandiram os centros de saúde que eram chamados de policlínica (CAMPOS, 1994).

“O que se observa, na maioria dos serviços, é o modelo do pronto-atendimento, centrado essencialmente no atendimento sintomático dos problemas, sem acompanhamento dos pacientes e com uma relação impessoal com a clientela”
(CAMPOS, 1994).

A revalorização do tema medicina de família ressurgiu no início dos anos noventa. Em Cuba consolidou-se ampla reformulação do modelo de atenção primária à saúde baseada no modelo de família, com sucesso. Para o Brasil, esse fato foi muito importante para quebrar resistências dos profissionais de saúde de esquerda e os fizeram repensar nas propostas voltadas para o atendimento médico a partir das unidades de família e comunidade. O sucesso do modelo de saúde cubano serviu também para que outros setores da sociedade brasileira defendessem o modelo de saúde da família. Então, no Brasil, a estratégia da saúde da família foi iniciada na década de noventa com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, com implantação, em 1994, do Programa da Saúde da Família (PSF).

Este surgiu como uma possibilidade positiva de organização da atenção básica dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

O objetivo geral da estratégia Saúde da Família é contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. E, para atingir esse objetivo, a Equipe de Saúde da Família (ESF) precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação (BRASIL, 1997).

O PSF difere do modelo anterior de Atenção Básica à Saúde em diversos aspectos, dentre os quais está o princípio da adscrição da clientela, que proporciona vínculos dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde com a população atendida. Desenvolve-se uma relação de compromisso entre os trabalhadores da saúde e a comunidade, onde a educação para saúde e prevenção para as doenças deverão ser largamente difundidas (BRASIL, 1997).

Configura-se uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente de consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2000).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado atenção primária como atenção básica, definindo-a como “um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a

promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006).

Inicialmente, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família em alguns municípios brasileiros.

“As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde” (BRASIL, 2006).

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família deve:

I- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam.

II- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população.

III- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

IV- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.

V- Ser o espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006)

Em Belo Horizonte, o PSF, como estratégia para a reorganização da atenção básica foi implantado a partir de 2002 no Programa BH Vida, contando hoje com 506

Equipes de Saúde da Família e 192 Equipes de Saúde Bucal distribuídas nas 139 Unidades Básicas de Saúde (BELO HORIZONTE, 2005).

II-4. A Saúde Bucal

II-4.1. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

Como parte do processo de discussão sobre saúde que culminou na 8ª CNS, realizou-se a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal em outubro de 1986. Nela, fez-se um esboço de diagnóstico da saúde bucal do país e apontou rumos para a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde, que, àquela época, fazia parte das proposições de Reforma Sanitária (BRASIL, 2005).

II-4.2. A 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

Foi realizada em Setembro de 1993. Os delegados desta Conferência defenderam um novo modelo de atenção à saúde bucal com “garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, somadas a outras medidas de promoção de saúde geral” (BRASIL, 2005).

Aconteceu de modo articulado com a 9ª Conferência Nacional de Saúde.

II-4.3. O SB Brasil e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

Levantamentos epidemiológicos são necessários para a elaboração de diagnóstico da situação de saúde coletiva e para implementar ações e programas de saúde, além de servir para avaliar o impacto das ações. Com o objetivo de ter em mãos a real condição da saúde bucal da população brasileira, tanto na zona urbana como na zona rural, o Ministério da Saúde realizou o projeto SB Brasil 2003, por meio de

Secretarias de Estado de Saúde dos estados da federação. Dentre as principais conclusões desse levantamento está a prevalência de cárie na população por faixas etárias e por regiões (BRASIL, 2005).

Através desse levantamento epidemiológico, podemos observar a situação precária da saúde bucal dos brasileiros, exceção apenas para a faixa etária de doze anos nas regiões sudeste e sul, onde o CPO-D, isto é, o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados ficou abaixo de 3,0. Esse é o índice preconizado pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Diante dos dados obtidos pode-se observar quanto à prevalência de cárie que 22% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 52% das crianças de cinco anos de idade. Em média, uma criança brasileira de três anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária. Aos cinco anos a média aumenta para quase três dentes atacados. Na dentição permanente, 70% das crianças com doze anos e 90% com 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária. Grandes diversidades regionais são percebidas em todas as idades. Os índices de doenças gengivais atingiram cerca de 80% da população acima de 65 anos. Nessa, três entre quatro pessoas não possuem dentes. De uma forma geral, a presença de flúor está mais concentrada nas regiões Sul e Sudeste e em municípios de maior porte populacional (46% dos municípios). Na faixa etária de doze anos há uma diferença marcante naquelas crianças que vivem em municípios com água fluoretada (onde há flúor na água o índice CPO-D é menor) (BRASIL, 2004).

O levantamento epidemiológico do projeto SB Brasil (2003), feito em Minas Gerais, recebeu apoio do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. Teve uma amostra de mais de catorze mil pessoas, entre dezoito meses a setenta e quatro anos de idade. Segundo Fernandes (2005) são preocupantes os índices de cárie nas crianças menores de cinco anos, nos adultos e também nos idosos. Os dados mostram alta incidência de cárie na população adulta e nas crianças na faixa etária abaixo de cinco anos de idade.

O SB Brasil (2003) revelou que a população brasileira não tem o hábito de consultar o dentista regularmente. Só procuram motivadas pela dor de dente. A falta de cultura e as dificuldades financeiras fazem com que a saúde bucal não seja prioridade.

Diante dos dados levantados no SB Brasil (2003) e das demandas sociais, iniciou-se um ascendente processo de discussão sobre a situação de saúde bucal do povo brasileiro, com articulação intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil. O Conselho Nacional de Saúde deliberou pela 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que foi realizada no período de vinte e nove de julho a primeiro de agosto de 2004 (BRASIL, 2005).

O tema central da 3ª CNSB “Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, superando a exclusão social” foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1- Educação e Construção da Cidadania; 2- Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3- Formação e Trabalho em Saúde Bucal; 4- Financiamento e Organização da Atenção em Saúde (BRASIL, 2005).

Foram inúmeras as diretrizes para cada eixo temático proposto na 3ª CNSB. Vale ressaltar:

“Na odontologia, a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, dependente do desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolutividade das ações que realiza. ... É preciso reverter o atual modelo (cirúrgico, restaurador, ineficiente, monopolizador, de tecnologia densa, de alto custo e elitista) em favor de um modelo de atenção integral em saúde bucal, que leve em conta as necessidades de cada comunidade, de acordo com o seu perfil epidemiológico. É necessário reorganizar a estrutura de funcionamento, os métodos e os processos com os quais se construiu a atenção em saúde bucal da população brasileira, redefinindo os papéis da União, dos Estados e dos Municípios no processo da atenção à saúde... Ampliar as equipes de saúde bucal no PSF e implantar ações de saúde bucal no PACS, capacitando os agentes para tais ações” (BRASIL, 2005).

II.4.4. Atribuições da Equipe de Saúde Bucal (ESB)

A princípio, a odontologia não foi incluída no Programa de Saúde da Família. Através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD), realizada em 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que um número expressivo de 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. Frente a este alarmante resultado, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria número 1444 de 28/12/2000, anuncia a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, com objetivos definidos para diminuição dos índices epidemiológicos e da ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal (BRASIL, 2000).

Pode-se entender esse quadro de exclusão social como resultado de uma prática odontológica que persistiu por longo período, a qual se caracterizava por priorizar populações definidas como escolares de redes públicas, relegando à população adulta aos atendimentos de urgência, que na maioria das vezes levavam à mutilação, muito mais que qualquer possibilidade de resolução do problema (SOUZA, 2000).

As ações de saúde bucal, a partir daí, são entendidas como parte das ações prioritárias da Atenção Básica.

Em seis de março de 2001, a Portaria 267, do Ministério da Saúde, veio propor normas e diretrizes para reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2001). Foram criadas duas modalidades de Equipe de Saúde Bucal da Família (ESBF): Modalidade I- formada por um dentista e um atendente de consultório dentário; Modalidade II- formada por um dentista, um técnico de higiene dental e um atendente de consultório dentário (BRASIL, 2003). Foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil Sorridente, que em pontos estratégicos passarão a ofertar tratamento especializado em Odontologia.

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, criado em janeiro de 2004, aponta para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais. O eixo de reorientação do modelo é o conceito do cuidado, uma concepção de saúde não

centrada somente na assistência aos doentes, mas também e, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida (BRASIL, 2006).

“Destaca-se:

O cuidado como eixo de reorientação do modelo; a humanização do processo de trabalho; a co-responsabilização dos serviços; o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso; desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras” (BRASIL, 2006).

O campo da prática das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica extrapola, e muito, os limites da boca, exigindo ações que integrem diferentes áreas do conhecimento. Essas ações compreendem: 1- Ações intersetoriais que significam intervenções para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetem a saúde coletivamente e que possam conduzir à ambientes saudáveis. Como exemplo, podemos citar incentivo à fluoretação das águas, às dietas saudáveis, aos conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, dentre outros. 2- ações educativas que devem fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. 3- Ações de Promoção à Saúde que analisam e atuam sobre as condições sociais que são importantes para melhorar a situação de saúde e de vida das pessoas. 4- Ações de assistência que significam intervenções clínicas curativas, de cunho individual ou coletivo, ofertadas de maneira a impactar os principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2006).

II-5. Promoção da Saúde

Devido à convivência de diferentes modelos em saúde na medicina ocidental surgem diversos conceitos de promoção da saúde. Um desses modelos, o paradigma biomédico, é dualista, separando corpo e mente, compara o corpo humano a uma máquina. O médico detém o poder de restabelecer o funcionamento das partes do corpo, valorizando-se muito a tecnologia nas intervenções. O lado social ou psicológico não é levado em consideração, buscando-se o germe causador da doença. Esse

modelo valoriza o grande hospital, a multidisciplinaridade com grande número de especialidades, em que sabe muito de uma parte do corpo, mas falta a visão do todo. As medidas de promoção de saúde visam à correção de comportamentos e prevenção de doenças. O mundo ocidental adotou esse modelo de saúde de modo predominante (LOUREIRO, 2002).

A partir da década de setenta, os países ocidentais desenvolvidos começaram a questionar a eficiência e eficácia do modelo biomédico. A partir desses questionamentos surgiria um novo modelo de saúde. O desenvolvimento conceitual de promoção de saúde nesse novo paradigma tem como marco inicial o Informe Lalonde (LALONDE, 1974) que se tratava de um documento de reorientação da política da saúde do Canadá. Nele, Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, divulgou um documento “A New Perspective on the Health of Canadians” (Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses), onde criticava duramente o modelo biomédico. Para Lalonde a causalidade das doenças pode ser reunida em um campo único, “Campo da Saúde”. Esse campo teria quatro dimensões: 1- Biologia humana; 2- Ambiente; 3- Estilos de vida; 4- Organização da atenção à saúde. Lalonde acreditava que a saúde é um problema com multideterminantes. Desse modo, não se fragmenta a causalidade da doença, necessitando de respostas múltiplas nos campos do conhecimento médico, das intervenções e das pessoas envolvidas (ASSIS, 2005).

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, um marco fundamental na história da Saúde Pública, reconheceu como pré-requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema saudável e conservação dos recursos naturais e a equidade (WHO, 1986). A promoção da saúde foi conceituada como “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (ASSIS, 2005).

Atualmente, as discussões de um novo modelo voltado para a Defesa da Vida têm por base:

“- A qualidade de vida e a consciência das pessoas sobre sua saúde.

- *Definição de prioridades a partir de indicadores e variáveis preditoras, centradas nas populações.*
- *Reconhecimento das diferenças sociais, econômicas e culturais, nas diferentes populações, como definidoras das condições de saúde.*
- *Níveis de atenção com fluxos de referência e contra-referência, trabalho em equipe, interdisciplinariedade e intersetorialidade.*
- *Territórios como espaços sociais em que tendem a se agrupar pessoas que compartilham características similares de natureza cultural e sócio-econômica.*
- *Promoção da saúde por meio da assistência, da participação ativa dos sujeitos e modificação das condições objetivas de vida” (BRASIL, 2006).*

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico. Significa a construção de políticas públicas saudáveis que incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Incluem, ainda, políticas de alimentação saudável, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. As ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade, para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. Deve-se considerar a possibilidade de, em cada local, inserir na atenção básica procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico (BRASIL, 2004).

II.6. Cárie dentária, flúor, aleitamento materno, dieta, chupeta, higiene oral

A cárie dentária é uma doença infecciosa crônica, multifatorial, resultando na dissolução mineral dos tecidos dentários, proveniente da produção de ácidos por bactérias quando estas metabolizam carboidratos, em especial sacarose e lactose, oriundos da dieta. Ela constitui um aspecto crítico das condições gerais de saúde devido ao peso na carga de doenças e ao seu impacto na qualidade de vida, por ser causa de dor, sofrimento e infecção. Por ser uma doença multifatorial, ela depende da presença de bactérias na cavidade bucal, da oferta de açúcares para o metabolismo e

de fatores relacionados ao hospedeiro, dentre os quais se destacam os fatores relacionados à higiene bucal. Por isso, em indivíduos sadios, a higiene bucal corretamente realizada pode ser o suficiente para se prevenir a cárie (SOUZA, 2005).

A atividade metabólica das bactérias na presença do açúcar resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização (processo des-re) do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com conseqüente formação da lesão de cárie (BRASIL, 2006).

O tratamento da doença cárie até a década de oitenta, esteve baseado no modelo cirúrgico-restaurador, promoveu um ciclo repetitivo de tratamentos e se mostrou ineficiente na redução da prevalência da doença no Brasil. Qualquer tratamento da doença cárie que se baseie em intervenções curativas e pontuais, desconsiderando o caráter multifatorial da doença e colocando em segundo plano o tratamento da infecção, falhará na obtenção de equilíbrio da cavidade bucal, especialmente no paciente infantil (TAVARES; VIANNA; TURA, 2001).

O componente microbiológico tem papel significativo na instalação e progressão da doença. Os microorganismos causadores da cárie, especialmente o *Streptococcus mutans* podem ser transmitidos pela saliva, de um indivíduo para o outro, de modo que as mães e/ou cuidadores são considerados os principais focos de infecção para as crianças. Deve-se orientá-los quanto a isso, pedindo para não provar ou soprar os alimentos antes de dá-los às crianças, bem como não compartilhar o mesmo talher e/ou alimento (FIGUEIREDO, 1999).

Em algumas situações, por falta de conhecimento das mães, a cárie dental acomete precocemente as crianças. A atividade de cárie torna-se tão aguda que a perda do tecido mineral do esmalte pela placa cariogênica supera a reposição fisiológica desses minerais pela saliva. Em pouco tempo ocorre a destruição de uma dentição jovem, ainda em processo de maturação pós-eruptivo. Esse cenário caracteriza a cárie precoce na infância ou cárie de estabelecimento precoce, o que obriga a mãe a procurar assistência odontológica com o filho em péssimo estado de saúde bucal (CORREA, 1998).

A cárie de estabelecimento precoce (CEP) é a forma mais agressiva da doença na infância. Para controlá-la a avaliação individualizada do paciente deve considerar fatores determinantes e modificadores, ou seja, microorganismos, hospedeiro, substrato e tempo de interação entre eles, além das condições sociais, econômicas e culturais do paciente e sua família (CHIBINSKI; WAMBIER, 2005).

Considera-se, hoje, que ações de promoção à saúde e prevenção podem atuar paralisando estágios anteriores da doença, antes da formação de cavidades. Os principais fatores de risco para a cárie dentária são: fatores culturais e sócio-econômicos, deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana), consumo excessivo e freqüente de açúcar, falta de acesso ao flúor e xerostomia (BRASIL, 2006).

A determinação social da cárie dental vem sendo enfatizada em alguns estudos, que relacionam as doenças da boca aos aspectos econômicos e comportamentais. Atitudes positivas em relação à saúde bucal, nível de renda e escolaridade do chefe de família, têm sido apontadas como aspectos importantes na experiência de cárie dos indivíduos (OLIVEIRA, 2000).

A condição sócio-econômica, isto é, as condições de moradia, alimentação, emprego e estudo das pessoas influenciam a saúde do indivíduo (BARROS, 2003).

Um estudo feito por Basting; Pereira; Meneghim (1997), no município de Piracicaba, São Paulo, mostra a evolução da prevalência de cárie em crianças de escolas públicas no período de 1971 a 1996 após a fluoretação das águas de abastecimento. Observou-se uma queda no CPOD médio aos 12 anos a cada levantamento, sendo que, em 1971, o mesmo era 8,60 e em 1996 era 2,0 (redução de 77%). Considera-se que este resultado deve-se também à crescente utilização dos dentífricos fluoretados e à maior ênfase dos serviços odontológicos na área de prevenção de doenças gengivais e cárie.

As ações educativas e as práticas em higiene bucal, associadas ao uso do flúor em saúde pública provocaram mudanças no perfil epidemiológico da cárie dentária em São Paulo. Nesse novo contexto, a Secretaria de Estado de São Paulo constituiu um

Grupo de Trabalho (GT-SES-SP/95) para atualizar os fundamentos científicos quanto à aplicação de diferentes métodos preventivos em função do risco de cárie dentária. Elaboraram então um protocolo de recomendação para diagnóstico de risco de cárie e para uso correto de produtos com flúor, visando a reorientação das ações dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal e ações preventivas individuais na rede pública do SUS. Os procedimentos coletivos são voltados para escolares. São feitos exames clínicos em todos para identificação dos indivíduos mais vulneráveis à cárie e gengivite, evidenciação de placa bacteriana associada à escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e atividades de educação em saúde bucal (NARVAI et al, 2002).

Um programa direcionado a pré-escolares de uma creche de Pelotas (RS), envolvia, além de escovações supervisionadas quinzenais, tratamentos restauradores atraumáticos com cimento de óxido de zinco e eugenol e aplicação de flúor-fosfato acidulado 1,23% quando a criança apresentava cavidades de cárie ativas. No grupo controle, que não participava do programa, não foi constatado diferença estatisticamente significativa no aumento de cárie. Mas, apesar disso, no grupo experimental houve melhora na condição gengival (BONOW; CASALLI, 2002).

Sabe-se que o flúor é o principal agente responsável pela redução de cárie, no entanto, não é um método que deva ser usado isoladamente. Outras medidas de prevenção devem ser somadas, dentre elas, a correta higienização da cavidade bucal com o objetivo de remover e/ou desorganizar a placa bacteriana (LASCALA, 1997).

Durante mais de quarenta anos, acreditou-se que a forma mais eficiente de usar flúor seria ingerindo-o durante a formação dos dentes, quando seria incorporado ao esmalte. Porém, atualmente, há um consenso de que o flúor que se incorporou ao esmalte dentário não confere resistência à cárie, o importante é que o flúor esteja sempre presente na cavidade bucal de uma forma racional, tendo um efeito muito mais curativo (participando do processo de des-remineralização que paralisa lesões já estabelecidas e controla a cárie) do que preventivo (LASCALA, 1997).

Em crianças muito pequenas a deglutição de dentifícios fluoretados pode acarretar risco de fluorose nos dentes permanentes. Essa condição faz com que sua

indicação obedeça a algumas reservas, como: recomendação para que a quantidade utilizada seja similar a um grão de alpiste em crianças com atividade e risco de cárie; crianças com baixa atividade cariogênica e fora do grupo de risco usar dentifícios com baixa concentração de flúor. Quando muito pequenas recomenda-se o uso de creme dental sem flúor.

Para que o flúor das águas de abastecimento esteja na cavidade bucal é preciso que as pessoas lavem a boca com a água fluoretada. Através da educação em saúde leva-se a informação da presença desse componente na água, motivando as pessoas a fazerem bochechos antes, durante e após as escovações. “O importante é manter flúor constante na cavidade bucal” (CURY, 1989).

A amamentação é o termo usado como sinônimo de aleitamento materno. Amamentar é importante para o desenvolvimento físico e emocional do bebê. O leite materno se encontra na temperatura ideal de consumo, é balanceado com todos os nutrientes e vitaminas necessárias ao desenvolvimento da criança, além de não ter custo financeiro, fato importante num país como o Brasil, com maioria da população carente de recursos econômicos. A ação mais importante do leite materno é o seu poder de imunização, fornecendo proteção contra infecções, principalmente às relacionadas com o aparelho respiratório e aparelho digestivo. Ele também diminui a probabilidade de aparecimento de reações alérgicas (urticária, asma, bronquite). Essa ação é provavelmente devida à presença de células tipo macrófagos, existentes em grande quantidade no colostro (GAVA-SIMIONI, 2001).

Não existe leite forte ou fraco, o que altera é o estado emocional e a alimentação da mãe, que deve ser variada. Nos primeiros cinco minutos de mamada o leite tem menos calorias, depois vai ficando mais calórico. É preciso paciência para amamentar (FIGUEIREDO, 1999).

O ato de sugar o seio proporciona ao bebê o correto desenvolvimento da musculatura e dos ossos da face pela força do exercício físico que precisa empregar. Amamentar tem uma relação decisiva na saúde bucal da criança, contribuindo para a formação e posição correta dos dentes, bem como ossos e músculos (estrutura da boca e face). Sugar o seio materno é exercício importante para criar hábito correto de

engolir, respirar, além de evitar problemas de mastigação e linguagem (FIGUEIREDO, 1999).

Apesar de todos os fatores positivos do leite materno, ele não pode ser deixado na cavidade oral, após a amamentação. O açúcar do leite materno, metabolizado por bactérias cariogênicas se transforma em ácidos que provocam a desmineralização do esmalte dental, iniciando a doença cárie. Por isso, o ideal é orientar a mãe que acostume o bebê desde cedo com a limpeza da boca. Quando começarem a surgir os primeiros dentes, o bebê já está acostumado com a limpeza (WALTER et al, 1996).

A prática do aleitamento natural ou artificial, constante e freqüente por períodos prolongados, na ausência parcial ou completa da higienização da boca pode levar ao aparecimento de Cárie de Estabelecimento Precoce (cárie de mamadeira) (CHIBINSKI; WAMBIER, 2005).

A amamentação noturna age diretamente nos fatores etiológicos da cárie dentária: hospedeiro (contato com os dentes), microflora (campo ideal para o desenvolvimento), substrato (cariogênico) e tempo (longa permanência) (WALTER et al, 1996).

Os mesmos autores, ao compararem clinicamente o efeito do leite materno e bovino, observaram que as lesões originárias do aleitamento materno, exclusivo e em baixa freqüência, eram menos extensas e graves do que aquelas originadas do uso de mamadeira e outros hábitos inadequados. Os mesmos autores, contudo, ao compararem clinicamente os efeitos do leite materno e do bovino no desenvolvimento da cárie, salientaram que, embora o leite materno contenha mais lactose, na prática sua cariogenicidade é menor que a do leite bovino, fato que pode ser explicado considerando-se que ao leite bovino é adicionado alto conteúdo de sacarose, o que eleva seu potencial cariogênico. Além da gravidade, os diferentes tipos de amamentação propiciam diferentes prevalências de cárie, sendo que a associação de leite materno e mamadeira noturna representam maior possibilidade de gerar cárie dentária, e esta possibilidade está acima de 80%.

Caso seja impossível o aleitamento materno, o uso de mamadeira deve ser orientado por profissional habilitado. O leite indicado não deve ser acrescido de outros complementos como açúcares, farinhas enriquecidas ou achocolatados. O bico da mamadeira deverá ter furo pequeno e formato anatômico. A deglutição atípica tem sido atribuída à alimentação com mamadeira com bicos longos e orifícios aumentados (FIGUEIREDO, 1999).

O mesmo autor cita que, quanto mais idade tem a criança, mais difícil tirar a mamadeira e maior o estrago causado aos dentes. Oferecer mamadeira noturna é um ato cultural, pois esta não tem finalidade nutricional. Ela serve apenas para atender a conveniência de fazer a criança dormir ou mantê-la dormindo. O ideal é não fornecer mamadeiras ao bebê, amamentá-lo apenas no peito. À medida que for se desenvolvendo é necessário oferecer frutas e legumes raspados.

A boca centraliza a vida instintiva do bebê, ela é o seu contato afetivo com o mundo. Após a satisfação de sua fome nutricional, ele continua sugar a mama de sua mãe. Na falta da mama, o bebê suga o dedo ou o que tiver à mão, porque necessita satisfazer uma urgência de prazer através do contato físico, aconchego, carinho e calor. Por esses motivos, só a amamentação natural supre todas as necessidades de sucção de neonatos, impedindo que um hábito deletério se instale. O bebê, ao amamentar, se cansa devido à fadiga da musculatura em torno da boca, empregada no ato da sucção da mama. Com isso ele dorme, não buscando dedo, chupeta ou outros objetos (BARRETO, 2003).

Se apesar de bem alimentado, o bebê chorar, a reação natural da mãe é colocar a chupeta na boca do bebê para mantê-lo tranqüilo. Isto pode resultar numa criança treinada inadvertidamente para buscar a gratificação oral. Deve-se então orientar para a técnica de amamentação adequada, não retirando a criança do seio rápido demais, permitindo que ela satisfaça sua necessidade de sucção (CORREA, 1998).

Quando a mamadeira é introduzida precocemente, o uso da chupeta é maior, assim, se não for possível evitar seu uso, a mais indicada será a ortodôntica. Um exercício feito com a chupeta ajuda no exercício da musculatura facial e faz com que a

criança desista de sugá-la em pouco tempo. Deve-se colocar a chupeta na boca da criança, esperar que ela a sugue e, em seguida, ir puxando a chupeta como se fosse tirá-la. Repetir isso até a criança cansar (CORREA, 1998).

Tomita et al (2000), fizeram um estudo em crianças pré-escolares da rede pública de Bauru, São Paulo, com o objetivo de analisar como os determinantes sócio-econômicos afetam a prevalência de hábitos bucais de risco para má-oclusões. Foram avaliadas cerca de duas mil, cento e trinta e nove crianças, num estudo do tipo transversal. Concluiu-se que alguns determinantes sócio-econômicos, como trabalho materno e ocupação da pessoa de maior renda no domicílio estão relacionados com a maior prevalência de hábitos bucais. O hábito de sucção de chupeta apresenta ser tendência mais freqüente entre crianças de renda familiar mais baixa, para ambos os sexos, decrescendo com o aumento da renda. O trabalho remunerado das mães às distanciam de seus filhos e estas buscam uma compensação emocional, que traduz na continuidade de hábitos bucais (uso de mamadeiras açucaradas, mamadeira noturna, sucção de chupeta, sucção das falanges e outros) após a idade de três anos. Assim, determinantes sócio-econômicos afirmam-se como variáveis causais em relação aos hábitos bucais.

A higiene oral, cujo objetivo genérico é limpar a boca (especialmente dentes e seus anexos) constitui-se em uma das medidas preventivas de acesso mais fácil à comunidade (MEDEIROS, 1983).

Os pais de crianças pequenas devem ser esclarecidos sobre como, onde e quando limpar. Dentes e gengivas devem ser limpos após cada mamada (BARROS, 1976; WALTER et al, 1996).

De acordo com Walter et al (1996), a boca e a língua do bebê devem ser limpos com uma fralda, gaze ou cotonete umedecidos em uma solução contendo uma colher de sopa de água oxigenada (10 volumes) dissolvida em três colheres de água filtrada ou fervida. Após a erupção dos molares decíduos pode-se fazer uso de escovas de dente.

A hora das atividades de higienização deve ser um momento agradável para a criança. Se ainda muito pequena, deve-se realizar a atividade de modo suave, sem apertar a boca da criança. Não desanimar se as primeiras vezes parecerem muito difíceis. A repetição da atividade fará com que sua realização seja cada vez mais natural e fácil. Sempre fazer um afago na criança após a atividade, de modo que ela associe a atividade a um momento de amor e carinho (CORREA, 1998).

Motivar e orientar os cuidadores são a chave do sucesso de medidas em promoção de saúde bucal. O trabalho deve ser direcionado para os pais e para as pessoas que cuidam de crianças, tais como familiares e profissionais de escolas e creches (MICELI; SOVIERO, 2000). O mais importante fator de prevenção de cárie é a motivação da mãe para aderir a comportamentos preventivos (OLIVEIRA, 2000).

A mãe, a família, a criança devem receber orientações sobre higiene da cavidade bucal, sobre disciplina alimentar e sobre hábitos deletérios, sendo que a não colaboração da família pode comprometer o resultado do tratamento realizado (HOLANDA E RODRIGUES, 2003). Os hábitos da criança estão diretamente relacionados com os dos pais. Assim como, também, a cultura e o nível de saúde do cuidador podem influenciar na saúde da criança (COURA, 2001).

A higiene bucal deficiente, hábitos alimentares inadequados e transmissibilidade de microorganismos cariogênicos formam multifatores que levam ao desenvolvimento da cárie dentária. Porém, outros fatores que não eram relacionados com a experiência de cárie nos indivíduos estão avaliados, entre eles as condições sócio-econômicas e educacionais do país, bem como padrões de cultura e tradição popular que orientam os hábitos e as condutas pessoais e coletivas (PINTO, 1990).

II. 7. Educação em Saúde

Em um programa de saúde realizado em uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro, onde foram realizadas atividades como escovação supervisionada semanal, orientação da dieta individual e atividades educativas coletivas com a presença dos acompanhantes das crianças, houve redução de 60% no índice de placa bacteriana. O Índice de Placa Visível (IPV) e o Índice de Sangramento Gengival (ISG),

que eram de 29% e 13% no início do estudo, caíram para 11% e 5% no final de um ciclo de atenção de 6 meses. Os resultados mostram a importância dos programas de saúde em incluir atividades educativas e preventivas (SILVEIRA; OLIVEIRA e PADILHA, 2002). A importância da educação em saúde foi constatada também por Aquilante et al (2003), que obtiveram redução de 15,5% no índice médio de placa, mensurado pelo Índice de Performance de Higiene do Paciente (PHP), e aumento de 16% no nível de conhecimento em saúde bucal depois de 5 meses de trabalho educativo com pré-escolares.

Numa revisão de literatura feita por Chaves e Vieira-da-Silva (2002), a educação em saúde é aceita como ferramenta básica e ação primária fundamental nos programas de saúde, mas está sendo pouco enfatizada ou descrita na literatura. Além disso, notou-se uma hegemonia da concepção biológica no diagnóstico e prevenção da cárie dental, uma vez que os estudos priorizaram sexo, idade e escore inicial de cárie dos indivíduos, ignorando suas características sócio-econômicas cuja importância vem sendo evidenciada.

Por outro lado a literatura pesquisada é extremamente incentivadora da educação em saúde bucal em abordagem individual, com o paciente no consultório, como forma de prevenção e controle das doenças bucais por meio da orientação para higienização, objetivando a remoção da placa bacteriana feita pelo indivíduo diariamente (CORREA, 1998; HOLANDA e RODRIGUES, 2003).

Um estudo realizado por Dytz (2000), com o objetivo de identificar até que ponto as políticas de saúde estão atendendo às mães e crianças, analisou uma amostra composta de dezessete mães de baixa escolaridade na faixa etária de dezenove a vinte e nove anos, da periferia do Distrito Federal. As mães foram entrevistadas utilizando-se como metodologia a história de vida para captar as necessidades, preocupações e estratégias utilizadas na educação dos filhos, bem como determinações sociais mais amplas. O estudo mostrou que as mães desempenham uma função decisiva na família, desde a criação e educação, até o manejo das enfermidades. Concluiu que para conseguir melhorar as condições de saúde infantil é preciso melhorar a situação da mãe, o que aponta para a necessidade

de repensar o papel da Unidade Básica de Saúde, sobretudo no sentido de torná-la um espaço importante de fortalecimento das políticas de promoção de saúde.

Walter et al (1996) realizaram na Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina (PR), um programa de procedimentos educativos com os pais juntamente com procedimentos preventivos e restauradores nas crianças a partir de seis meses de idade. Observaram que este programa apresentou tão bons resultados que a partir disto outras universidades passaram a promover este mesmo programa. O educador deve compartilhar seus conhecimentos de maneira a esclarecer e capacitar os pais para o entendimento da doença, seus mecanismos de desenvolvimento, bem como na forma de atuar na reversão do processo, caso já esteja estabelecido.

A idade de 0 a 4 anos é ideal para condicionamento da criança em relação a uma alimentação saudável e para aquisição de hábitos de higiene bucal adequados. Por isso os cuidadores são tão importantes nessa tarefa de educação para saúde bucal. A utilização de medidas preventivas desde os primeiros meses de vida auxilia no desenvolvimento de hábitos saudáveis, que contribuirão para a manutenção da saúde dos indivíduos. Supõe-se que pais que recebem orientações sobre saúde bucal estarão mais preparados para cuidar dos seus filhos e motivá-los quanto à manutenção da higiene oral durante o seu crescimento, diminuindo o risco dessas crianças desenvolverem certas doenças como a cárie (Walter et al 1996).

No contexto atual entende-se que a educação em Saúde Bucal deve fornecer instrumentos que fortaleçam a autonomia do indivíduo no processo saúde-doença e na condução dos seus hábitos. Tem por finalidade, oferecer elementos, respeitando-se a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, fazendo com que eles possam gerir suas vidas e os processos saúde-doença, visando à melhoria da qualidade de vida. Para cada grupo etário emprega-se uma metodologia diferente, respeitando-se a individualidade, a cultura local, a linguagem popular e a ética (BRASIL, 2006).

O cirurgião-dentista assume papel fundamental nesta questão, pois tem responsabilidades sociais, já que sua função não é só a de tratar. Deve desenvolver a capacidade de ensinar para contribuir com a saúde do paciente. Contudo, isso tem

ocupado uma posição secundária para grande parte dos profissionais, fazendo com que a população desconheça e desvalorize as medidas preventivas que visam à manutenção da saúde da boca (MEDEIROS, 1983).

Em síntese, as recomendações dos diversos autores pesquisados levam em conta que nas crianças, a utilização de medidas preventivas em saúde bucal desde os primeiros meses de vida auxilia no desenvolvimento de hábitos saudáveis, que contribuirão para manutenção da saúde bucal dos indivíduos. É importante as orientações que os pais recebem para que possam estar mais preparados para cuidar de seus filhos e motivá-los quanto ao cuidado com a saúde bucal, diminuindo o risco das crianças desenvolverem doenças bucais. Todavia, há outros fatores que interferem na experiência de cárie e outras doenças nos indivíduos, quais sejam: condição sócio-econômica, cultural, informação e motivação que os indivíduos recebem.

A educação em saúde deve ser parte das atribuições de todos os membros da Saúde Bucal. Os profissionais auxiliares são as pessoas ideais para conduzirem os trabalhos. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal. A presença do cirurgião-dentista é importante no planejamento das ações e em momentos pontuais (BRASIL, 2006).

Ensinar não é simples tarefa de transmissão de informações, como que quem ensina fosse dono de todo o conhecimento e quem aprende fosse um papel em branco, onde se pudesse escrever à vontade. Ensinar implica num mínimo de formação pedagógica *“para que logre o produto final desejado: a transformação da realidade a partir da mudança de comportamento via novos conhecimentos”* (GRANDI e BORDENAVE, 1983).

Para que alguém aprenda algo é necessário, entre outras coisas, motivação. Na educação em saúde bucal não é diferente:

“a motivação direta deve ser uma atividade constante para que, em longo prazo consiga fazer com que o indivíduo incorpore, de forma definitiva medidas preventivas, como a higiene oral, controle da dieta e uso de fluoretos a seus hábitos e cuidados relativos `a sua própria saúde” (FABRE et al, 1998).

Goldman (1991) descreve que motivar conota influência externa ou indução à mudança, que envolve interesse do profissional no seu paciente e mostra preocupação em fornecer informação. Apenas dizer que eles escovam os seus dentes não é suficiente; o porquê é mais importante. Se as pessoas não reconhecem a importância de sua saúde e não assumem responsabilidade pessoal por ela, então um programa de mudança de comportamento tem pouca chance de sucesso.

Cordon (1997) com sua experiência em educação no Brasil, observou que os trabalhos de grupo, oficinas de criação com multiplicadores de saúde representam melhores resultados do que palestras de conteúdo complexo e sem comunicação efetiva, sem vínculo e sem responsabilidade na continuidade do processo

A maioria das experiências realizadas em educação em saúde, talvez influenciadas por um estilo próprio da tradição escolar, tem se preocupado em ensinar, isto é, *“como mostrar melhor para inculcar melhor. Nesse modo de ensinar o aprendiz é considerado como uma página branca onde novas idéias ou conhecimentos de origem exógena serão impressos”*. Esse método é chamado de pedagogia da transmissão (BORDENAVE, 1983).

Um modo de ensinar diferente do supracitado, chamado pedagogia da problematização, centrado na resolução dos problemas, conduzidos geralmente através de supervisão dialogada e de oficinas de trabalho, buscando propiciar autonomia dos aprendizes tem sido usado na educação de adultos. A aprendizagem é interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito transformar-se e transformar o contexto. A educação resulta do entendimento do aluno como sujeito da aprendizagem e do professor como facilitador do processo. Na pedagogia da problematização, educar é compreender que a relação ensino-aprendizagem deve ser democrática e horizontal (FREIRE, 1998).

Nas atividades educativas em saúde bucal será usada a pedagogia da problematização porque é uma forma bastante democrática de ensinar, sendo instigante para o aluno que terá uma postura participante na construção do conhecimento. É uma maneira de ensino e aprendizado que permanece com o

indivíduo, pois ele não terá que absorver algo já pronto e o que é construído é mais fácil de aprender. Nessa forma de educar o facilitador fica no mesmo nível do aprendiz, criando uma atmosfera de cumplicidade. Para ensinar nesse método há que se valorizarem os conhecimentos do grupo sobre o tema proposto, buscar junto com o grupo soluções originais e criativas para o problema em questão. O facilitador tem que saber ajudar a resolver conflitos. O desafio é abdicar de uma postura que tradicionalmente vem sendo autoritária. *"Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou construção"*. (FREIRE, 1998).

III- Metodologia

O Centro de Saúde Piratininga, do Distrito Sanitário de Venda Nova, em Belo Horizonte tem área de abrangência que envolve uma população aproximada de doze mil habitantes.

O atendimento é feito no Centro Médico do SESC, em Venda Nova, já que o Centro de Saúde não possui consultório odontológico. Possui quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo esta formada por uma dentista e uma atendente de consultório dentário.

A população é classificada de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS: Dimensiona a vulnerabilidade da população à exclusão social - Nahas, MIP, 2001), em elevado risco e médio risco caracterizando assim a exclusão social que atinge essa população.

O atendimento programado é feito obedecendo às inscrições que são feitas periodicamente, cabendo a cada equipe de PSF número igual de inscrições. Por causa da distância que há entre o Centro de Saúde e o SESC torna-se difícil realizar todas as ações do Protocolo para a Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, somando-se o fato de haver somente uma ESB para atender quatro equipes de PSF.

As ações que se realizam no atendimento individual visam remover os focos ativos de infecção presentes na cavidade bucal como exodontias, drenagem de abscessos, pulpotomia e outras terapias pulpares. Visa à paralisação do avanço da doença. Além disso, é feito o Tratamento Restaurador Atraumático, raspagem e polimento coronário. Esses procedimentos são de controle da doença e são

executados, sempre que possível, em duas sessões por indivíduo. Os procedimentos especializados são referenciados para a Atenção Secundária.

São realizadas ações de promoção e educação em saúde para as gestantes e palestras para escolares.

As urgências odontológicas, os pacientes de risco referenciados pelos médicos e enfermeiras e as gestantes que iniciam o pré-natal são agendados diariamente de acordo com a demanda.

III.1. Planejamento das Atividades Educativas

O planejamento constitui-se dos passos que levam à execução de uma tarefa de maneira organizada. Planejar as atividades educativas é importante, sobretudo, na pedagogia da problematização. O planejamento das atividades educativas deste estudo foi feito com base nas condições de saúde bucal observadas no atendimento realizado pela Equipe de Saúde Bucal nas crianças menores de cinco anos assistidas no Centro de Saúde Piratininga, em um período de três anos. Grande número destas crianças apresentou alta prevalência de cárie e elevada necessidade de atendimento de urgência, dado observado na demanda espontânea. Esses fatores serviram como diretrizes para que se pensasse em atividades específicas para promoção de saúde nesse grupo etário.

No Centro de Saúde Piratininga já se encontra estruturado o Grupo de Gestantes que é coordenado pelas enfermeiras e assistente social. Quando a gestante inicia o pré-natal, já tem sua consulta odontológica agendada para tratamento, se necessário. É dentro do Grupo de Gestantes que as ações educativas serão desenvolvidas. Foram programados dois encontros, nos quais serão abordados os temas higiene oral da gestante e do bebê, amamentação, dieta saudável, uso de chupetas e mamadeira.

As crianças com idade de 0 a 5 anos terão atendimento odontológico prioritário. Elas serão agendadas por meio de busca ativa feita pelos Agentes Comunitários de

Saúde (ACS), periodicamente, vinte crianças. No período de atendimento a estas crianças poderão ser realizadas ações educativas para pais e cuidadores, pela Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal.

Para os cuidadores das crianças foram planejados dois encontros. Será necessário orientar para o autocuidado dos adultos e ensinar a forma de cuidar das crianças, para que possam efetivamente ajudá-las.

Num segundo momento, o facilitador ouvirá as dificuldades que os cuidadores estão tendo ao executar as atividades propostas no primeiro encontro e esclarecerá pontos duvidosos.

Em seguida, ele enfocará o uso racional da chupeta e da mamadeira e prevenção de hábitos nocivos. Abordará a cárie precoce da infância e a técnica de escovação novamente, para reforçar.

Poderão ser respondidas questões duvidosas do primeiro encontro, esclarecendo-as. Reforçará a importância da saúde bucal influenciando na saúde geral e, ainda, a importância do sorriso saudável – física e emocionalmente falando. Abordará a questão dos traumatismos dentários e algum outro assunto que o grupo desejar.

Com as atividades educativas em saúde bucal bem planejadas, espera-se que todas as equipes de PSF e ESBF possam trabalhar em conjunto. Normalmente, o primeiro contato das gestantes no Centro de Saúde se dá com a enfermeira e o médico, que poderão orientar sobre dieta e sobre cuidados com higiene bucal. Da mesma maneira, a criança que tem o contato com a enfermeira e o pediatra poderá receber orientação, através dos pais, para higiene bucal e dieta adequadas.

Pretende-se estimular os outros membros das equipes de saúde da família a se interessarem por atividades educativas em saúde bucal, inclusive os agentes comunitários de saúde como multiplicadores.

III.1.1. Planejamento da Ação Educativa para Gestantes

Tema: Promoção e educação em saúde bucal gestante e bebê.

Objetivo: Interagir de forma a sensibilizar as gestantes ao autocuidado da cavidade oral, a higienização da boca do bebê, a dieta adequada para ambos, buscando saúde geral e bucal.

Meta: Até o quinto mês de gestação realizar atendimento clínico e fazer com que a gestante participe do Grupo de Gestante, onde serão desenvolvidas as ações educativas, baseadas na Estratégia da Problemática, e ter acesso ao atendimento clínico.

Recursos Humanos: A Equipe de Saúde Bucal e Equipe do Programa Saúde da Família.

Materiais: Macro modelos de arcadas dentárias, de acrílico, escovas de dente, fio dental e slides educativos.

Período: Dois encontros de uma hora, semanais e consecutivos, de dois em dois meses.

Local: Sala de reunião do Centro de Saúde Piratininga.

III.1. 2. Planejamento da Ação Educativa para Cuidadores

Tema: Promoção e educação em saúde bucal para cuidadores de crianças menores de 5 anos de idade.

Objetivo: Interagir de modo a sensibilizar os cuidadores de crianças menores de cinco anos ao autocuidado em saúde bucal e ao cuidado na higiene bucal e dieta adequada das crianças. Acesso ao atendimento clínico dessas crianças.

Meta: No período de um mês conscientizar vinte cuidadores, em forma de grupo operativo, onde serão desenvolvidas ações educativas baseadas na Estratégia da Problemática.

Recursos Humanos: A Equipe de Saúde Bucal e Equipe do Programa Saúde da Família.

Materiais: Macro modelos de arcadas dentárias, de acrílico, escovas de dente, fio dental e slides educativos.

Período: Dois encontros de uma hora, semanais e consecutivos, de dois em dois meses.

Local: Sala de reunião do Centro de Saúde Piratininga.

IV.Resultados

IV.1. Ação Educativa para Gestantes

Primeira Atividade

Apresentação do grupo (profissionais e participantes), através da dinâmica Nome e Característica Pessoal (a pessoa fala seu nome e uma característica sua com a primeira letra do seu nome).

Proposta do Trabalho (acordo sobre as regras das reuniões).

Proposição do Tema: higienização da boca e dieta.

Dinâmica de Grupo: Palestra interativa (exposição de conteúdos que a coordenação faz, mas sempre buscando a sua articulação com as opiniões, experiências e dúvidas do grupo).

Estabelecimento dos pontos-chave a partir da dinâmica anterior (realçando a técnica de limpeza dos dentes, a limpeza da boca do bebê e os riscos da dieta inadequada).

Avaliação de acordo com o objetivo.

Lanche.

Segunda Atividade

Dinâmica verdades e mentiras: A coordenação prepara frases sobre higiene bucal e dieta, tanto frases com informações corretas quanto com informações incorretas. O

grupo participará do jogo até descobrir o que é verdade ou mentira. O que ajuda a relembrar os pontos da primeira reunião.

Dinâmica de grupo: Palestra interativa sobre temas dessa reunião, como a cárie precoce da infância; fluorose; uso do creme dental com ou sem flúor; a importância da amamentação; uso racional da chupeta; etc. A teorização é realizada acompanhada da apresentação de slides com fotos de crianças com cárie precoce da infância, mordida aberta pelo uso indevido da chupeta, dentes manchados de fluorose.

Avaliação de acordo com o objetivo.

Lanche com distribuição de brindes.

IV.2. Ação Educativa para Cuidadores

Primeira Atividade

Apresentação do grupo (profissionais e participantes) através da dinâmica “Nomes em Roda”, em que o grupo se dispõe em círculo e o primeiro participante diz o seu nome e o segundo repete o nome do primeiro e diz o seu próprio, o terceiro repete os dois primeiros e diz o seu, e assim por diante, formando uma corrente de nomes.

Proposta do trabalho (acordo sobre as regras das reuniões).

Introdução com proposição do tema: a importância do amor na relação criança/cuidador, higienização, dieta, cárie precoce na infância, hábitos deletérios, uso de mamadeira, traumatismo dentário.

Dinâmica de grupo:

Palestra interativa. Exposição dos conteúdos que a coordenação faz, mas sempre buscando a sua articulação com as opiniões e dúvidas do grupo e a partir de suas experiências conteúdos informativos e esclarecimentos sobre o tema em discussão.

Estabelecimento dos pontos chaves através da dinâmica anterior (realçando a grandeza e a beleza do compromisso que os cuidadores têm com as crianças).

Teorização dos temas com o uso de slides, macro modelos, escovas, fio dental, etc.

Avaliação de acordo com o objetivo.

Sugestão para que os participantes tragam receitas saudáveis para troca no próximo encontro.

Lanche.

Segunda Atividade

Relembrar os pontos importantes do primeiro encontro.

Dinâmica de grupo:

Caixinha de surpresas: Cada pessoa escreve um problema ou questão que gostaria de discutir no grupo, sem colocar o seu nome. Os bilhetinhos são colocados numa caixa e misturados. Cada participante tira um e responde o que faria (“se fosse eu...”). Discute-se.

O grupo leva problemas e tenta encontrar soluções.

Avaliação de acordo com o objetivo.

Lanche e troca de receitas sugeridas pelos participantes.

V- Conclusão

Existe uma grande limitação quanto à devida execução das políticas de saúde vigentes, o que dificulta a mudança do atual quadro brasileiro de saúde bucal, que se encontra tão enraizado em termos de costumes e hábitos.

A saúde pública necessita se mobilizar para desenvolver estratégias eficazes para as práticas educativas e preventivas para o desenvolvimento de uma consciência voltada para uma modificação comportamental.

Os programas de prevenção e educação dirigidos para gestantes, pais, cuidadores e demais responsáveis pelas crianças são de suma importância para promover a saúde bucal tanto de seus filhos quanto deles próprios.

A idade de zero a cinco anos, em evidência nesse estudo é fundamental para o condicionamento para ter alimentação saudável e hábitos de higiene oral adequados.

VI- Referências Bibliográficas

AQUILANTE, A.G. et al. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Rev Odontol UNESP**, São Paulo, v.32, n.1, p.39-45, jan./jul. 2003.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.8 n.1, p.15-24, jan/jun, 2005.

BARRÊTTO, E.P.R. et al. Hábitos bucais de sucção não-nutritiva, dedo e chupeta; abordagem multidisciplinar. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 42-48, jan/fev. 2003.

BARROS, E.R.C. Fundamentos da higiene oral. Monografia apresentada no Centro de Pesquisa Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Odontologia, 1976.

BARROS, E.R.V. **Atenção odontológica precoce**: perfil, aceitação e motivação das mães pertencentes à área de adscrição de duas equipes de Programa de Saúde da Família em Campo Grande-MS. Campo Grande, 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/especializacao/MonografiaElizeteRochaBarros.pdf>>. Acesso em: 15 setembro 2008.

BASTING, R.T.; PEREIRA, A.C.; MENEGHIM, M.C. Avaliação da prevalência de cárie dentária em escolares do município de Piracicaba, SP, Brasil, após 25 anos de fluoretação das águas de abastecimento público. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.11, n.4, p. 287-292, out./dez. 1997.

BELO HORIZONTE, Plano municipal de saúde de Belo Horizonte 2005/2008. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, 2005.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Protocolo para Atenção Básica em Saúde Bucal. Coordenação Técnica de Saúde Bucal, 2005.

BIJELA, M. F. T. B. A importância da educação em saúde nos programas para crianças. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 127-131, 1999.

BONOW, M.L.M.; CASALLI, J.F. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 27, p. 390-394, set./out. 2002.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns Fatores Pedagógicos. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2, Brasília, 1983.

BRASIL, M. S. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**, Brasília: Editora MS, 1997. 36p.

BRASIL, M. S. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica PSF**. Brasília: Editora MS, 2000. 44p.

BRASIL, M. S. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Editora MS, 2001 p.75-78.

BRASIL, M. S. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família**, Brasília: Editora MS, 2003. 56p.

BRASIL, M. S. Departamento de Atenção Básica. **Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002/2003**. Resultados principais. Brasília: Editora MS, 2004. 67p.

BRASIL, M. S. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Editora MS, p.3-16, 2004.

BRASIL, M. S. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência de Saúde Bucal**. Relatório final. Brasília: Editora MS, 2005.148p.

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Editora MS, 2006. 87p.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde pública em defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. 175 p.

CARTA DE OTTAWA, 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2008.

CHAVES, S.C.L.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A efetividade do dentífrico fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. Rev Saúde Pública, v.36, n. 5, p.598-606, out. 2002.

CHIBINSKI, A. C. R.; WAMBIER, D. S. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 281-290, 2005.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 13(3), p. 557-563, julho/setembro, 1997.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. Visão básica de psicologia pré e perinatal. São Paulo: Editora Santos, 1998. 287p.

COURA, M. L. P. **Odontologia para a família: uma abordagem educativa e preventiva.** Belo Horizonte: A3 Marketing e Publicidade LTDA., 2001. 128p.

CURY, J. A. Uso do Flúor. In: BARATIERI, L. N. **Procedimentos preventivos e restauradores.** 3^a. ed. São Paulo: Quintessence, cap.2, p.43-67, 1989.

DAVIES, M.J.; SPENCER, A.J.; SLADER, G.D. *Trends in dental caries experience of school children in Australia – 1977 to 1993.* **Aust Dent J**, Sidney v.42, n.6, p. 389-392, Dec. 1997.

DAWNER, M.G. *The caries decline.* **Eur J Oral Sci**, London, v.104, p.433-436. Aug. 1996.

DYTZ, J. L. G. O modo de vida da mãe e a saúde infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 53, n. especial, p. 165-166, dez. 2000.

FABRE, R. C. et al. Programa de prevenção e educação em saúde bucal para crianças de 3 a 5 anos: um relato de uma experiência. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 101-102, jul/dez. 1998.

FERNANDES, T. F. Projeto SB Brasil avalia saúde bucal do Brasil. **Jornal do CROMG**, Belo Horizonte, n.159, p.10-11, fev. 2005.

FIGUEIREDO, S. M. O. **Manual de prevenção da cárie dentária para futuras mães e seus filhos.** Goiana: Newsley Arte, 1999. 60p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra S/A 1998. 159 p.

GAVA-SIMIONI, L. R. Amamentação em odontologia. **JBP - Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, v. 4, n. 18, mar/abr. 2001.

GOLDMAN, H. M. et al. **Atlas cirúrgico do tratamento da doença periodontal**. São Paulo: Quintessence, 1991. 289 p.

GOMES, L. F. **Constituição Federal do Brasil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. 317p.

GRANDI M. T In: BORDENAVE J. E. D. Alguns Fatores Pedagógicos – Notas Preliminares. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2, Brasília,1983.

HOLANDA, J. Z.; RODRIGUES, M. J. Cárie precoce na infância: relato de caso clínico. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, vol.6, n.29, p.13-17, jan/fev,2003.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE). The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Luxemburgo; 1999.

LALONDE, M. A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LASCALA, N. T. **Prevenção na clínica odontológica: promoção da saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 292p.

LOUREIRO, C. A. S. et al. Queremos dizer a mesma coisa quando falamos sobre promoção em saúde? **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p.184-190 jul/ago/set, 2002.

LUZ, T. M. Notas sobre as políticas de saúde Brasil de transição democrática anos 80. **PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MARTIN, V.B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev Latino – Am Enfermagem**, v.7, n.4, p.69-95, 1999.

MEDEIROS, U.V. Saúde oral do escolar, análise do ensino de saúde oral, prevalência de cárie, doença periodontal e condições de H. O. dos escolares de 1º grau da cidade de Vitória. Vitória, ES, 1983.

MICELI, V. C.; SOVIERO, V. M. Avaliação de um método para ensinar aos pais como diagnosticar a cárie de acometimento precoce. **Revista da ABOPREV**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 4-10, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (M.S.). Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 1986.

NAHAS, M.I.P., 2001. Disponível em: <www.eg.fjp.mg.gov.br/gestaourbana/arquivos/modulo08/IVS-FJP-2001.ppt> Acesso em: 11 de agosto de 2008.

NARVAI, P.C. et al. Uso de produtos fluorados conforme o risco de cárie dentária: uma revisão crítica. **Revista da APCD**, v.56, n.2, p.101-107, mar./abr. 2002.

OLIVEIRA, J. M. L. et al. Prevalência de cárie de mamadeira em crianças de 13 a 48 meses de idade na cidade de Florianópolis - Santa Catarina. **Revista da ABOPREV**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 30-39, jul/ 2000.

PETERSON, G.H.; BRATTHALL, D. *The caries decline: a review of reviews*. **Eur J Oral Sci**, v.104, n.4, p.436-443, Aug. 1996.

PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L. Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, p.29-41, 1999.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal: Odontologia social e preventiva**. São Paulo: Santos, 2 ed. 1990. 415p.

SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.A.; GARCIA, P.P.N.S. Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. **Rev Odontol UNIESP**, São Paulo, v.31, n.2, p.205-214, 2002.

SILVEIRA, J.L.G.C.; OLIVEIRA, V.; PADILHA, W.W.N. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesqui Odontol Bras**, v.16, n.2, p.169-174, 2002.

SOUZA, H. M. Prefácio, Treinamento Introdutório. Cadernos de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, Caderno 2. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

SOUZA, V.F.; ALCÂNTARA, D.S.M.; OLIVEIRA, A.M.; PIRES, D.M.; ROCHA, M.C.B.S.; CANGUSSU, M.C. et al. Estudo da prevalência da cárie dentária e outras condições de saúde em escolares de 6 a 14 anos de Coutos – Salvador/Bahia. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, v.18, p.19-24, 1999.

SOUZA, M. F. **Cárie na infância**. São Paulo: Laboratório Daud t- Divisão Odontis, nov/2005.

TAVARES, M. J.; VIANNA, R.; TURA, L. F. R. O cirurgião dentista inserido no contexto social como promotor de saúde bucal. UFES Rev Odontol, Vitória, v. 3, n. 1, p. 16-22, jan./jul. 2001.

TOMITA, N. E. et al. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para má-oclusões em pré-escolares. **Pesq Odont Bras**, v. 14, n. 2, p. 169-175, abr/jun. 2000.

VASCONCELOS, C. et al. Prevalência de cárie dental em pré - escolares no Distrito Docente Assistencial Barra - Rio Vermelho. **Revista da ABOPREV**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 60-65, 2000.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. Odontologia para bebês, Artes Médicas,1996, 235p.

WHO (World Health Organization). Oral health global indicators for 2000: DMFT- 3 at 12

years. Geneva, 1985.

WHO (World Health Organization). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.