

ANA CRISTINA M. STARLING M. FERREIRA

**DOENÇA CÁRIE E HÁBITOS ALIMENTARES EM
CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE LEOPOLDO
CRISÓSTOMO DE CASTRO**

Belo Horizonte

2009

ANA CRISTINA M. STARLING M. FERREIRA

**DOENÇA CÁRIE E HÁBITOS ALIMENTARES EM
CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE LEOPOLDO
CRISÓSTOMO DE CASTRO**

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal de
Minas Gerais como pré-requisito para a
Obtenção do título de Especialista em
Saúde Coletiva.
Orientadora: Enia Salles Rocha

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

2009

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos , Marcelo Sebastião e Marina,meus amores,minha luz e, com certeza ,a razão de tudo;

Ao Marcelo,marido,amigo e companheiro de todas as horas;

Aos meus pais,Geraldo e Maria de Lourdes,em especial minha mãe ,exemplo de vida ,fé e doação incondicional ;

Aos meus irmãos,amigos incondicionais e exemplos de superação,

Dedico esta conquista.

AGRADECIMENTOS

À Enia Salles Rocha, mais que tutora ,uma amiga paciente e companheira sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

Às famílias que participaram da pesquisa ,por sua disponibilidade e boa vontade.

Aos companheiros do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro, que de alguma forma contribuíram,desinteressadamente, com minha conquista.

A todos os professores da FOUFMG, que se doaram com seus saberes e coração em prol de nosso crescimento humano e profissional. Exemplos de dedicação e amor à profissão e do seu papel social.

À Coordenação de Saúde Bucal da PBH , por nos abrir portas e por sua luta diária em prol de uma odontologia mais humanizada e com profissionais mais capacitados.

Aos colegas da especialização e da PBH, pelos momentos compartilhados, pelas brincadeiras, pelas conversas nos momentos de intervalo, pelas trocas de experiências profissionais e sobremaneira as de vida. Foram momentos especiais ,que marcaram e que ficam.

Aos meus filhos ,Marcelo e Marina, pela paciência e ajuda na digitação deste trabalho. Sem o apoio deles, não teria conseguido.

A Deus, suporte maior.

Criança

*Criança merece ser feliz
Criança merece ter infância
Criança merece estudar
Criança merece ser criança
Criança merece ter uma família
Merece ter uma casa,
Merece brincar,
Pega-pega, esconde-esconde, adoleta,*

*Criança merece ter carinho,
amor, saúde, confiança,
Criança merece uma vida melhor
um mundo melhor*

*Merece ter amigos,
Merece ser alguém
Merece sonhar
Merece chorar*

*Criança merece uma boa alimentação
Merece ser corrigida quando errada
Criança merece ser criança.
Merece ter o material da escola
Ser uma criança,
Ser um criançaõ,
Ter amor, carinho, paixão
E guardar tudo isso,
Bem guardado
No seu coração.*

Marina Starling Ferreira (12/10/2000)

RESUMO

Na primeira infância os hábitos dietéticos e de higiene são formados tendo forte influência na doença cárie. Este estudo objetivou buscar subsídios para planejamento de ações multiprofissionais a partir do diagnóstico da doença cárie em crianças menores de 6 anos do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro (CSLCC). A amostra foi composta por 20 crianças que buscaram o atendimento. Foi realizado exame clínico e preenchido o INTO pela pesquisadora. Aos responsáveis foi entregue um questionário e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário continha perguntas para obter o perfil sócio demográfico dos responsáveis, hábitos de higiene bucal e alimentares da criança e percepção da importância da saúde bucal. Nos resultados encontrou-se que 85% e 15% das crianças apresentavam lesões cariosas ou não, respectivamente. As crianças com cárie eram maiores de 4 anos, renda familiar menor que 2 salários mínimos e 75% dos responsáveis tinham até o ensino fundamental. Nenhuma das crianças era cuidada pela mãe, faziam a higiene bucal sozinhas e 75% apresentavam algum problema sistêmico. Com relação à dieta, não mamavam. Todos disseram ter tido orientação sobre higiene bucal pelo dentista e não abandonaram o tratamento após tê-lo iniciado. A metade respondeu não saber a importância da saúde bucal para a saúde geral. Das crianças que não apresentavam lesões de cárie, 66,6% tinham pelo menos um dos pais com 2º grau completo, ajudava na higiene bucal, a renda familiar era menor que 3 salários mínimos e não haviam consultado no CSLCC. Com relação à dieta, tomavam mamadeira adoçada à noite. Todos davam muita importância à saúde bucal e consideravam sua influência na saúde geral. Pode-se concluir que apesar da pequena amostra, o valor da dieta na incidência da cárie é complexo e de difícil mensuração mas, quando associados a fatores socio-econômico-culturais a correlação se torna bastante evidente. Ações multidisciplinares serão planejadas, implementadas e o acompanhamento será realizado para observar se essas ações foram efetivas no controle da doença cárie.

Palavras-chave: cárie, criança, hábitos alimentares

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivo.....	3
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1 Definição de cárie.....	4
2.2 Políticas de Saúde e doença cárie.....	8
2.3 Hábitos dietéticos e doença cárie.....	12
2.4 Prevenção e doença cárie.....	21
2.5 Fatores sócio demográficos e doença cárie.....	23
2.6 Educação para a saúde.....	26
2.7 A multidisciplinaridade para o controle da doença cárie em crianças.....	28
3. METODOLOGIA.....	30
3.1 O Centro de Saúde.....	30
3.2 O universo do estudo.....	32
3.3 O estudo.....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5. CONCLUSÃO.....	39
5.1 Proposta de intervenção.....	39
6. ABSTRAT.....	42
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
8. ANEXOS.....	53

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Códigos e critérios de classificação de necessidades em saúde

Bucal11

TABELA 1 – Distribuição dos códigos das necessidades de tratamento entre

as crianças da amostra com o percentual respectivo.....15

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP	Associação Americana de Odontopediatria
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AMAS	Associação Municipal de Assistência Social
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BH	Belo Horizonte
CD	Cirurgião-Dentista
CLPE	Cárie do lactente e do pré-molar
CPI	Cárie precoce na infância
CEO-d	Dentes cariados, perdidos e obturados – decíduo
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados – permanente
CSI	Cárie severa na infância
CSLCC	Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro
CSLPE	Cárie severa do lactente e do pré-escolar
DISANE	Distrito Sanitário Nordeste
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESPEMG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
FDI	Federação Dentária Internacional
GEAS	Gerência de Atenção à Saúde

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INTO	Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PSF	Programa de Saúde da Família
SB-Brasil	Projeto Saúde Bucal – Brasil
SM	Salário Mínimo
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e induzida pela dieta. É a doença crônica mais comum na infância, e um grande problema de saúde pública (PIERCE; ROZIER; VANN, 2002; HARRIS et al, 2004 apud RIBEIRO & RIBEIRO, 2004).

Para se manifestar necessita da somatória de fatores, que se interagem, como hospedeiro susceptível, uma microbiota e substrato cariogênico, aliados ao fator tempo. Fatores outros, como a saliva, exposição ao flúor, seja através da água de abastecimento público adicionada de flúor, seja ao uso de dentifrícios fluoretados, higiene bucal dentre outros atuam aumentando ou diminuindo a progressão da lesão.

Fatores socioculturais se tornaram parte fundamental, hoje, ao se tratar de saúde. Fatores como raça, sexo, idade, nível de renda e nível de instrução não podem ser desconsiderados quando se busca prevenção e controle da doença cárie (THEODORO et al, 2007). É importante a se considerar é que ela pode ser prevenida controlada ou mesmo revertida.

Na atualidade a Odontologia tem como foco de atuação a prevenção, e esta se iniciaria já na fase intra uterina, através de orientações à gestante quanto a sua saúde geral e bucal.

Para ser prevenida tem que se conhecer seus determinantes tanto biológicos quanto os psicossociais. Este conhecimento pressupõe análises de campo das comunidades em que se propõe intervir de alguma forma, buscando indicadores de saúde norteadores. Espera-se que o

conhecimento produzido possa acrescentar no planejamento de medidas preventivas, buscando atingir maior efetividade e espectro de efeito, principalmente nos serviços de saúde pública

A saúde de uma comunidade, particularmente a saúde bucal é expressa, nitidamente, pelas condições do meio em que está inserida e de acordo com a forma como se relaciona interpessoalmente e dentro da família (FAUSTINO-SILVA, 2008).

Como amplamente divulgado e nitidamente comprovado nos Centros de Saúde, apesar do declínio dos índices de cárie de uma maneira geral, se observa o fenômeno da polarização, ou seja, a concentração em grupos específicos locais ou de determinadas regiões (SALES-PERES; BASTOS,2002). No Brasil, pelo último levantamento realizado (BRASIL, MS, 2004) verifica-se ainda altas prevalências de cárie, particularmente em crianças. Em média, crianças com até 3 anos de idade já possuem, no mínimo, um dente com experiência de cárie; aos 5 anos, esse valor já aumenta para quase tres.

O SB-Brasil de 2003 aponta uma prevalência de 26,85% na incidência de cárie em crianças de idade entre 18 e 36 meses, o que nos leva a considerar relevante os fatores de risco para esta faixa etária. Podemos considerar aqui, a transmissibilidade dos microorganismos cariogênicos , o aleitamento materno, a ausência da higiene bucal, o consumo da sacarose em maior frequência, defeitos congênitos do esmalte dental e falta de contato com o flúor.

O entendimento de saúde e doença bucal são concebidos por cada indivíduo segundo critérios próprios, refletindo tanto experiências anteriores com os cuidados com os dentes, como expectativas de saúde bucal relacionadas a um grupo de referência. Há um grande número de

fatores que influenciam os comportamentos e hábitos que levam à saúde individual ou de grupos e são estes fatores sociais, ambientais, estruturais, psicológicos e culturais que vão nortear as ações em saúde coletiva. Estes serão conhecidos através dos levantamentos de campo e, com a discriminação dos indivíduos e grupos com comportamento de risco ou em vulnerabilidade psicossocial, ações mais efetivas e de maior espectro poderão ser implementadas.

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são, na maioria das vezes, realizados pela verificação de dentes cariados, perdidos e obturados (Índice ceo-d, decíduos e CPO-D, permanentes) método abrangente recomendado pela OMS para diferentes faixas etárias, em especial para crianças em idade escolar .

1.1 Objetivos

O presente trabalho objetivou o levantamento das necessidades odontológicas, doença cárie e hábitos alimentares das crianças menores de 6 anos da área de abrangência do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro e o perfil socio cultural de suas famílias. O intuito maior é o de identificar as crianças com perfil de risco para a doença cárie e as com cárie já estabelecida, instituindo medidas para o controle e tratamento da doença.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição de cárie

A cárie dentária é a doença crônica mais comum na infância, e sua prevalência em crianças brasileiras de 5 anos é considerada alta (53,9%), indicando tratar-se de um problema de saúde pública (FERREIRA et al, 2007). Dentro desta abordagem as ações da Equipe de Saúde Bucal (ESB) dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) são de vital importância na melhoria das condições da saúde bucal da população vinculada a seus cuidados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que 90% das crianças entre 5 e 6 anos de idade não apresentem cárie.

A doença cárie é considerada hoje como um desequilíbrio no processo de des e remineralização dos tecidos duros do dente. É um processo dinâmico e ocorre quando há saída de íons dos tecidos maior que sua reposição. Não é um evento linear podendo ser interrompido em qualquer fase da sua evolução, compreendida aqui com o de uma simples desmineralização microscópica do dente, perda de estrutura com cavitação até a perda total do dente. É ainda considerada uma doença infecciosa, transmissível, altamente influenciada pela dieta alimentar. A evolução da doença sem controle pode resultar em complicações locais sistêmicas, psicológicas e sociais (PINTO, 2008).

A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) classifica a cárie precoce na infância (CPI) como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados, perdidos (devido à cárie) ou

restaurados antes dos 71 meses de idade. Superfícies lisas cariadas, cavitadas ou não, em menores de 3 anos de idade são denominadas cárie severa na infância (CSI). São agudas, progressivas e rampantes. Se a criança apresenta mais de quatro superfícies cariadas aos 3 anos de idade, mais de cinco superfícies cariadas aos 4 anos e mais de seis superfícies acometidas em dentes anteriores decíduos aos 5 anos é também considerada CSI (AAPD, 2008-9).

A infecção por *streptococcus mutans* tem um papel importante na instalação e evolução da doença cárie. A transmissibilidade ocorre normalmente de mãe para filho ou da pessoa que tiver contato maior com ele (berçários de creches, intrafamiliares) e depende do nível de infecção destes. Quando apresentam alta concentração de *Streptococcus mutans* na saliva, a contaminação da criança é mais precoce e tem maior prevalência de cárie (LOSSO; TAVARES; SILVA; URBAN, 2009). Desta forma, hábitos e comportamentos do núcleo familiar e de cuidadores são determinantes para o controle e prevenção da doença.

A dieta desempenha papel importante no desenvolvimento da cárie dental em todas as idades, mas se torna ainda mais relevante quando consideramos a primeira infância. É nesta época que hábitos relacionados à saúde bucal são formados e firmados.

Todas as etapas do crescimento, incluindo a odontogênese, dependem da quantidade de nutrientes apropriada. A nutrição tem papel crítico no desenvolvimento de dentes decíduos, uma vez que eles se formam ainda no período fetal e sua mineralização se dá durante espaço de tempo relativamente curto quando comparados aos permanentes.

Os principais nutrientes necessários à odontogênese são o cálcio, fosfato, vitaminas A, C, D, e o balanço protéico-energético. Os efeitos sistêmicos devidos à nutrição podem alterar o desenvolvimento dos dentes, a qualidade e quantidade da saliva e ainda afetar o sistema imunológico, podendo gerar problemas na saúde geral (osteoporose, atrasos no crescimento ósseo e da dentição, anemia, atraso mental, dentre outras) (AUAD e PORDEUS, 1999). O efeito da falta de nutrientes adequados depende da velocidade da instalação, severidade e duração da deficiência (KRAUSE e MAHAN, 1995 apud AUAD e PORDEUS, 1999).

O carboidrato mais importante na etiologia da doença cárie é a sacarose. A sacarose é o alimento cariogênico mais importante e mais amplamente utilizado pelo homem. Hoje, é fonte barata de energia para os pobres (FADEL, 2005). O fator de risco à cárie dos alimentos cariogênicos diz respeito à frequência e tempo de exposição a eles, bem como de sua solubilidade (a sacarose tem moléculas pequenas e é de fácil difusão pela placa). Quanto mais precocemente se introduz o açúcar na alimentação infantil mais chances terá no desenvolvimento da cárie ,portanto deve-se retardar ao máximo seu uso. Além disso, quanto maior a exposição a produtos doces, maior é a preferência por esses produtos. Mães são mais fortemente determinantes nos padrões de consumo de açúcar de seus filhos (FAUSTINO-SILVA, 2008). A ingestão de gorduras e carboidratos na alimentação demonstra um estilo de vida determinado pelo comportamento familiar, podendo levar ao aumento dos níveis de colesterol, obesidade e hipertensão em crianças, além de poder contribuir para o incremento da cárie (TRAEBERT et al, 2004).

Foi demonstrado que o número de *streptococcus mutans* detectado na saliva das crianças correlaciona-se com a prevalência e incidência de cárie que experimentaram. A aquisição

inicial de *streptococcus mutans* pelas crianças ocorre entre 19 e 30 meses de idade, um período chamado “janela de infectividade”. A mãe parece ser a fonte de transmissão mais importante para seus filhos (NOCE et al, 2008).

A doença cárie tem etiologia multifatorial, mas é consenso que um fator imprescindível para que ela ocorra é a presença de um biofilme cariogênico. Os principais agentes etiológicos são as bactérias cariogênicas, os carboidratos fermentáveis, as susceptibilidades dos dentes e do hospedeiro e o fator tempo. Os determinantes biológicos estão basicamente relacionados ao hospedeiro (quantidade e composição do fluxo salivar, os dentes e suas peculiaridades), à dieta (quantidade, qualidade, solubilidade, textura e adesividade, composição química dos alimentos com ênfase na sacarose) e ao tipo de agentes microbianos presentes. Além dos fatores biológicos, outros mais abrangentes se apresentam como aspectos sócio-econômicos, culturais ou ambientais, fatores psicossociais.

A cárie na infância está associada a indicadores não biológicos como a escolaridade dos pais, classe social, renda, estrutura familiar ou comportamento (DRUMONT, 2002).

Para Reines (1970) e Theodoro et al (2007), quanto maior o status socio econômico, maior a frequência de visitas ao cirurgião-dentista, já que o comportamento humano se baseia nas atitudes tomadas pela classe a que pertence. Os cuidados com a saúde bucal também estão relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos.

A dieta é um importante determinante para a cárie já que o que torna o biofilme cariogênico é o substrato que ele recebe da alimentação; além disto é através dela que o organismo recebe

os nutrientes necessários para poder realizar suas funções eficientemente (PINTO, 2008).

A saliva age como efeito tampão e na lavagem fisiológica dos dentes portanto qualquer alteração na sua composição química ou quantidade do fluxo afetará significativamente a condição de equilíbrio oral podendo contribuir para a instalação da doença cárie (PINTO, 2008).

O flúor é considerado um dos principais fatores da diminuição da prevalência de cárie no mundo nas últimas décadas. Atua potencializando a remineralização dos tecidos duros do dente nos processos de des e remineralização. Previne a doença ou a torna menos agressiva mesmo na presença de fatores cariogênicos (PINTO, 2008).

Miller (1890) apud Pinto (2008) elucidaram primeiramente os fatores fundamentais que conduzem ao início e progressão da cárie, quando afirmou que a metabolização dos carboidratos por bactérias da boca gerando ácidos como produtos finais, constituía-se no principal evento do processo de desmineralização do dente.

2.2 Políticas de saúde e doença cárie

A assistência odontológica pública no Brasil iniciou-se nos anos 50 com a assistência a escolares num modelo dito incremental, excludente e de pouca efetividade já que tinha um caráter essencialmente curativo na dentição permanente de escolares de 7 a 14 anos. O restante da população ficava à mercê de entidades filantrópicas e da Previdência Social (INAMPS). Esta prática perdurou até os anos 80.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um programa assistencial baseado na integralidade da atenção à saúde e na equidade, onde o profissional deve se apropriar das percepções de saúde da população onde vai atuar e é nesta perspectiva que a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) norteia suas ações dentro das Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) (ESPEMG-Oficina de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, 2009).

A partir da Constituição de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) o tradicional sistema previdenciário foi substituído pela universalização da cobertura e pela descentralização para os municípios como diretriz central (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é hoje a estratégia utilizada na reorganização da Atenção Básica de Saúde (ABS) seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização e o controle social. Estes princípios norteiam as ações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na Prefeitura de Belo Horizonte.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica se baseiam na qualificação, na resolubilidade, na territorialização, no planejamento, na vigilância à saúde, no trabalho interdisciplinar, no monitoramento, na criação de vínculo, na responsabilização e na educação continuada. Já os princípios da Atenção Primária almejam a ampliação do acesso, a longitudinalidade, na coordenação, na integralidade e enfoca a comunidade com abordagem familiar. Estes são preceitos a serem seguidos na busca de um serviço de saúde de qualidade.

As UBS focam a Atenção Primária para a criação do vínculo com consequente longitudinalidade do cuidado.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/GEAS,2004) desenvolveu o projeto “Cidade Saudável” colocando-o como eixo estruturador de toda a rede de atenção à saúde. Para oferecerem o serviço de Atenção Básica da PBH existem 523 profissionais da Equipe de saúde da Família (ESF), 237 Equipes de Saúde Bucal (ESB) distribuídos, sem uniformidade, por 146 UBS.

O Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO) é um instrumento de vigilância epidemiológica que mensura as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Trata-se de um recurso criado pelo SUS-BH com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, para subsidiar a priorização do agendamento para atendimentos individuais e coletivos. Possibilita uma configuração quantitativa e qualificada das necessidades de atenção dos grupos, dividindo as necessidades da população em categorias de acordo com a complexidade e o tipo de recurso humano requerido. Refere-se a um exame visual da cavidade bucal e registro dos dados em formulário para a posterior análise e direcionamento da assistência à saúde.

O levantamento de necessidades pode ser feito por qualquer profissional desde que devidamente orientado. Pode ser aplicado em grupos populacionais previamente definidos (crianças de uma creche, alunos de uma escola, em campanhas de vacinação, moradores de uma micro-área, idosos de uma instituição de longa permanência, entre outros), além de ser usado na rotina do atendimento do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro. Com

este levantamento a equipe consegue visualizar o perfil da demanda e programar as ações respeitando o princípio da equidade. É um meio prático, barato e tem se mostrado eficiente no que se propõe.

Quadro 1: Códigos e critérios de classificação do levantamento de necessidades em saúde Bucal

CÓDIGO	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO
0	Não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração.
1	Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
2	Apresenta de 03 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
3	Apresenta mais de 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração
4	Apresenta indicação de indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada
5	Apresenta a cárie dentária sob controle e a doença periodontal apresenta-se como o maior problema
* Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda	

Fonte: SMSA/B

2.3 Hábitos dietéticos e doença cárie

A cárie teve um incremento grande no último século possivelmente relacionado a mudanças de hábitos e de estilo de vida. Alimentos processados, carboidratos refinados, menor consumo de frutas e legumes, alto consumo de gorduras saturadas, biscoitos e balas passaram fazer parte da dieta das pessoas.

Já o declínio dos índices de cárie genericamente observados nas últimas décadas, apesar das evidentes constatações da polarização da doença, parecem sugerir mudanças de hábitos alimentares como o uso de adoçantes em substituição ao açúcar e ainda ao uso de fluoretos em dentifrícios e à globalização de informações acerca dos cuidados com a higiene bucal.

A nutrição tem papel crítico no desenvolvimento dos dentes decíduos devido ao período relativamente curto de mineralização desses quando comparados aos permanentes (ALVAREZ e NAVIA, 1989).

Alvarez et al (1990) em estudo transversal com 1481 crianças observaram relação entre nutrição deficiente e cárie em decíduos. Em outro estudo longitudinal de 4 anos com 209 crianças peruanas em 1995, o mesmo autor constatou que má nutrição ocorrida no primeiro ano de vida estava associada à doença cárie em dentes decíduos muitos anos depois.

Os principais nutrientes necessários à odontogênese são o cálcio, fosfato, vitaminas A, C, D, e o balanço protéico-energético. Os efeitos sistêmicos devidos à nutrição podem alterar o desenvolvimento dos dentes, a qualidade e quantidade da saliva e ainda afetar o sistema

imunológico, podendo gerar problemas na saúde geral (osteoporose, atrasos no crescimento ósseo e da dentição, anemia, atraso mental, dentre outras) (AUAD e PORDEUS, 1999). O efeito da falta de nutrientes adequados depende da velocidade da instalação, severidade e duração da deficiência (KRAUSE e MAHAN, 1995 apud AUAD e PORDEUS, 1999).

O carboidrato mais importante na etiologia da donça cárie é a sacarose. A sacarose é o alimento cariogênico mais importante e mais amplamente utilizado pelo homem. Hoje, é fonte barata de energia para os pobres (FADEL, 2005). O fator de risco à cárie dos alimentos cariogênicos diz respeito à frequência e tempo de exposição a eles, bem como de sua solubilidade (a sacarose tem moléculas pequenas e é de fácil difusão pela placa). Quanto mais precocemente se introduz o açúcar na alimentação infantil mais chances terá no desenvolvimento da cárie ,portanto deve-se retardar ao máximo. Além disso, quanto maior a exposição a produtos doces, maior é a preferência por esses produtos. Mães são mais fortemente determinantes nos padrões de consumo de açúcar de seus filhos (FAUSTINO-SILVA, 2008). A ingestão de gorduras e carboidratos na alimentação demonstra um estilo de vida determinado pelo comportamento familiar, podendo levar ao aumento dos níveis de colesterol, obesidade e hipertensão em crianças, além de poder contribuir para o incremento da cárie (TRAEBERT et al, 2003).

Quanto à amamentação, há vários aspectos a considerar. Ela é fundamental para o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, suprimindo não só suas necessidades nutricionais mas também psicológicas. È um alimento completo (CORRÊA, 2005). A OMS (1997) orienta que o aleitamento materno seja exclusivo nos seis primeiros meses de vida e só então se introduza frutas e legumes gradativamente, com a erupção dos primeiros dentes e

se mantenha até os dois anos de idade. As introduções precoces de aleitamento artificial, líquidos açucarados, a frequência da amamentação, principalmente à noite, inclusive mamadeira influem na determinação da cárie na primeira infância.

A presumível cariogenicidade do leite materno é um fator a ser considerado, visto que ele e seus substitutos lácteos se apresentam como principal fonte de nutrientes nos primeiros anos de vida. Vários estudos tentando esclarecer esta relação foram feitos ao longo dos anos.

Ribeiro & Ribeiro (2004) em uma revisão crítica de literatura, verificaram que os diversos estudos se mostram inconsistentes e que as associações mais significativas dizem respeito à infecção precoce pelos *Streptococcus mutans*, dieta cariogênica, alimentação noturna, hipoplasia do esmalte dental, higienização deficiente, uso de líquidos açucarados e condição sociocultural dos pais ou responsáveis. Depreende-se, portanto, deste estudo, que não se tem evidências científicas que comprovem que o leite materno está diretamente associado com o surgimento da cárie e que esta associação é complexa e confundida por muitas variáveis. Portanto, estudos mais consistentes ainda necessitam ser feitos sobre os efeitos do aleitamento materno e da ingestão do leite humano na saúde bucal. Ainda neste mesmo trabalho, não se achou associação significativa entre o uso de chupetas e desenvolvimento de cárie do lactente e do pré-escolar (CLPE).

Os mesmos autores fizeram um esquema onde variáveis que interferem no aleitamento materno, tem influência no surgimento da cárie. Nele as setas cheias representam um efeito promotor e as pontilhadas um inibidor para cada situação exposta. Pode-se visualizar nitidamente a complexidade destas relações envolvendo cárie e aleitamento materno.

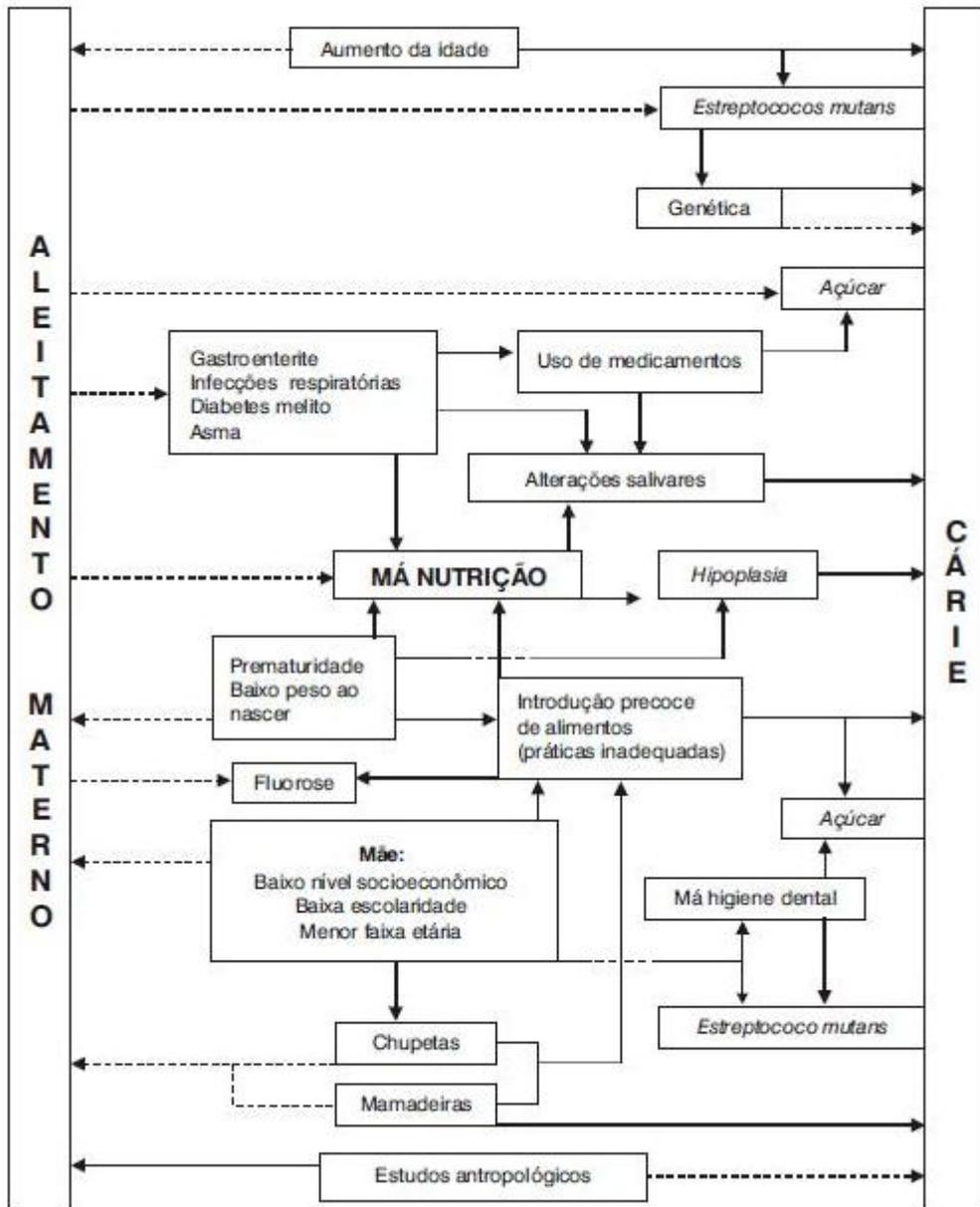


FIGURA 1 – Fatores inter relacionados no aleitamento materno e na CLPE

Fonte : Ribeiro & Ribeiro, 2004

A cárie que se manifesta na primeira infância, já recebeu várias denominações e ainda não há uma conceituação universalmente aceita mas, para a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), a cárie do lactente e do pré-escolar (CLPE) ou cárie precoce na infância (CPI) é aquela que apresenta um ou mais dentes cariados (cavitados ou não), perdidos (por cárie) ou restaurados antes dos seis anos de idade. E cárie severa do lactente e do pré-escolar (CSLPE) ou cárie severa da infância (CSI) quando houver qualquer sinal de cárie em superfície lisa (cavidades ou não) em menores de três anos e se apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies cariadas em decíduos anteriores aos três, quatro e cinco anos, respectivamente.

Na criança, hábitos como dormir mamando (chás adoçados, sucos artificiais, leites acrescidos de amido e açúcar), o uso irrestrito de mamadeiras, manter líquidos na boca por períodos demorados, particularmente à noite e durante o sono e higiene oral deficiente estão associados à CSLPE; e se apresentarem defeitos de formação congênita do esmalte dental, maior será a vulnerabilidade.

Várias doenças estão associadas à CLPE, entre elas má nutrição, asma, infecções de repetição, doenças crônicas e o uso de medicamentos constantes, doenças hereditárias, além da prematuridade, enfermidades gestacionais, desordens metabólicas, dentre outras. Além disso, crianças imunossuprimidas e que necessitam de tratamentos oncológicos estão mais susceptíveis. São mais encontradas em crianças que vivem em condições de pobreza, com pais com baixa escolaridade, mães solteiras e normalmente fazem parte de minorias étnicas e raciais (RIBEIRO & RIBEIRO, 2004).

O uso de medicamentos apresenta-se como fator de risco devido a diversos motivos, como a adição de açúcar na sua formulação, para melhorar seu sabor, administrados de forma repetitiva e algumas durante o sono, sem a necessária higiene posterior à administração; devido a sua própria ação, diminuindo o fluxo salivar e ainda ao pH abaixo do crítico para dissolução do esmalte dental (LOSSO et al, 2009).

A importância da saúde bucal no desenvolvimento da criança se manifesta nos reflexos sistêmicos que a maioria das doenças bucais acarretam durante o período de crescimento. A cárie precoce e severa, alterações maxilo-mandibulares, problemas nutricionais e respiratórios e alterações no peso e altura são alguns exemplos. As consequências da CSLPE, em estágios mais avançados vão além de quadros de dor e infecção. A dificuldade de mastigação, bacteremia, trauma psicológico, e perda precoce de dentes decíduos com comprometimento da futura dentição, comprometimento escolar, absenteísmo das crianças à escola e dos pais ao trabalho são alguns exemplos, além dos citados acima. Há reflexos na qualidade de vida da criança e da família.

A idade ideal para levar a criança à primeira consulta odontológica ainda é motivo de dúvida e desconhecimento por parte de pais. O que se verifica, na prática, é que só se procura o profissional em caso de dor, e esta concepção é mais percebida em famílias de nível sócioeconômico baixo. É necessário o esclarecimento aos pais ou responsáveis da necessidade de se procurar o mais precocemente possível o atendimento odontológico para seus filhos, ainda no primeiro ano de vida, para prevenir ou controlar a doença cárie, promovendo o bem estar da criança (CERQUEIRA et al, 1999 e FADEL & KOZLOWISKI Jr., 2000).

Ainda Plutzer & Spencer (2008) verificaram que programa motivacional iniciado durante a gravidez e reforçado aos 6 e 12 meses de vida do bebê tiveram como resultado, redução da cárie dental, quando comparado a um grupo controle que só teve orientação no período gestacional. Portanto deve-se procurar manter contato precoce com o dentista e com retornos planejados para se conseguir resultados mais eficazes no controle e manutenção da saúde bucal das crianças, trabalhando os fatores de risco, promovendo a educação ao núcleo familiar.

O período de transição alimentar é um período crítico e a família deve ser orientada também neste momento para que se procure introduzir alimentos saudáveis e nutritivos e se evite a introdução de alimentos nocivos ou no mínimo pouco nutritivos na dieta da criança como refrigerantes, bebidas, sucos artificiais e alimentos muito açucarados. Esta é uma tendência atual de mudança no padrão alimentar das crianças e mesmo dos adultos, que deve ser desestimulado. Os profissionais de saúde devem auxiliar a conscientizar os pais sobre os efeitos imediatos dos hábitos alimentares inapropriados sobre a saúde da criança.

A mudança de hábitos alimentares, em que os brasileiros vêm substituindo cada vez mais o consumo de alimentos ricos em fibras por alimentos processados ricos em gorduras e carboidratos, facilita a instalação da doença cárie, mesmo na presença de fatores de proteção, como os fluoretos, além de contribuir com o incremento dos casos de obesidade, inclusive a infantil (TRAEBERT et al, 2003). Doenças como obesidade, osteoporose, doenças cardíacas, enfermidades periodontais, cancer oral e cárie, dentre outras são influenciadas pelo comportamento humano e deve-se buscar entender seus determinantes por esta luz Além disto e também por isto, não devemos centralizar o foco das orientações somente nos riscos à cárie

mas, caracterizar estratégias de ação que envolva fatores de risco comum, como por exemplo, os ligados à dieta.

Sabendo-se que o exemplo estabelecido pela família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança, que o desenvolvimento dos dentes se inicia no período intra uterino, que a família exerce papel modelo para o hábito alimentar da criança e este está vinculado a padrões culturais, crenças e ambiente, que a infecção pelo *streptococcus mutans* se dá normalmente pela mãe ou cuidador, é para o núcleo familiar que devemos voltar nossa atenção ao se pensar em qualquer ação visando a prevenção e manutenção da saúde.

A orientação nutricional é fundamental para qualquer programa de prevenção e manutenção de saúde bucal, considerando que os hábitos da infância são mantidos como base do futuro padrão alimentar (SEIXAS, 2003). Deve-se contextualizar esta orientação dentro da realidade de vida. É importante ressaltar que uma nutrição adequada durante a gravidez, lactação e amamentação, há vários aspectos a considerar. Ela é fundamental para o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, suprimindo não só suas necessidades nutricionais mas também psicológicas. É um alimento completo (CORRÊA, 2005). A OMS (1997) orienta que o aleitamento materno seja exclusivo nos seis primeiros meses de vida e só então se introduza frutas e legumes gradativamente, com a erupção dos primeiros dentes e se mantenha até os dois anos de idade. As introduções precoces de aleitamento artificial, líquidos açucarados, a frequência da amamentação, principalmente à noite, inclusive mamadeira influem na determinação da cárie na primeira infância.

Os efeitos sistêmicos provenientes da nutrição podem alterar o desenvolvimento dos dentes, a

saliva (qualitativa e quantitativamente) e afetar o sistema imunológico (BEZERRA e TOLEDO,1999).

Segundo Auad e Pordeus (1999), os principais nutrientes envolvidos com a odontogênese são o cálcio, o fósforo, as vitaminas A, C, D e o balanço protéico-energético. A restrição desses nutrientes pode levar a hipoplasias dentárias e distúrbios sistêmicos.

De acordo com Ferreira (1998) crianças que consomem poucos alimentos ricos em cálcio, poucas frutas e vegetais e alimentos ricos em açúcares está mais propenso à má formação dentária e cárie.

Todas as etapas do crescimento, incluindo a odontogênese, dependem da quantidade de nutrientes apropriada. O efeito da falta de nutrientes adequados depende da velocidade de instalação, severidade e duração da deficiência (KRAUSE e MAHAN, 1995).

Os hábitos alimentares, adequados ou não, são formados até os dois anos de idade. Estudos apontam, que no Brasil, muitas crianças menores de 5 anos são portadoras de anemia e que, nos últimos anos, de 1982 a 1991, elevou-se de 19% para 36% (FILHO, 2004).

É importante perceber que uma nutrição adequada na gravidez, lactação e primeiros anos de vida do bebê constitui-se um dos principais determinantes de saúde (FERREIRA e OSIMO, 1998). Dentre os hábitos alimentares, os que mais contribuem para o desenvolvimento da cárie na infância é o uso irrestrito de mamadeira, líquidos açucarados na boca por período prolongado, dormir mamando, má higienização bucal e medicamentos para crianças contendo

sacarose e com administrações repetidas e sem higienização após administração dos mesmos.

Contribuem ainda para uma maior susceptibilidade à cárie drogas imunossupressoras, as usadas em tratamentos oncológicos e reumatológicos e ainda dentes com defeito de desenvolvimento do esmalte (REISINE; DOUGLASS, 1998; ISMAIL et al,2008; TIBERIA et al, 2007; SILVA; SANTOS, 1994; HEIBLING et al 2002; FREITAS, 2001; LOSSO et al,, 2009).

2.4 Prevenção e doença cárie

Estratégias de atenção odontológicas adotadas precocemente buscam minimizar ao máximo as sequelas decorrentes das doenças bucais. As intervenções precoces visam primordialmente à manutenção da saúde. Estas intervenções devem ocorrer precocemente desde a fase intra-uterina. Trata-se portanto, de ações adotadas em conjunto pelos vários profissionais da saúde, incluindo-se pediatras, ginecologistas, enfermeiras, dentistas e nutricionistas primordialmente.

A mudança na abordagem do diagnóstico da cárie pode estar contribuindo para a redução dos índices desta, já que, o que antes se diagnosticava como cárie, hoje, com os atuais conceitos poderia não o ser considerado. O que se percebe é como a determinação dos fatores envolvidos com a doença é fundamental para o seu controle (PINTO, 2008).

Desde a década de 20 há relatos da importância de cuidados bucais na primeira infância (PEREIRA, 1929; BRAUER et al, 1960). A possibilidade de prevenir o aparecimento da doença cárie ou, ao menos, minimizar sua extensão, além de contribuir para a manutenção dos

dentec decíduos e consequentemente uma condição favorável para os dentes permanentes que leva a uma melhor qualidade de vida, justifica a ênfase dada por vários autores da atenção à saúde bucal, ainda no primeiro ano de vida (BONECKER et al, 1997; FADEL & KOZLOWISKI JR., 2000; SANTOS & SOVIEIRO, 2002).

Moura et al (2001) relatam que através do Programa Preventivo para Gestantes e bebês da Universidade Federal do Piauí visava-se a sensibilização das gestantes para a importância do pré natal médico e odontológico no desenvolvimento saudável da criança. A prevenção da cárie deve se iniciar na gestação já que os dentes decíduos começam a se formar no período intra-uterino.

A criança tem seus cuidados e valores recebidos do núcleo familiar e é através do conhecimento da realidade socio econômica e cultural destas famílias que estabeleceremos ações para modificar os fatores de risco para a doença cárie buscando a prevenção. O exemplo das mães é fundamental para que seus filhos adquiram bons hábitos. A assimilação de práticas diárias de hábitos que geram saúde depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar (COSTA, 1998 apud FAUSTINO–SILVA et al, 2008). Foi observado aumento da prevalência de cárie com a idade e com o número de dentes irrompidos, sugerindo atenção precoce à saúde bucal para o diagnóstico de lesões incipientes e adoção de medidas educativas e preventivas incentivando mudanças na higiene bucal e dieta.

Orientações sobre dieta são fundamentais em qualquer programa de prevenção e manutenção de saúde bucal, visto que hábitos dietéticos adquiridos na infância formam a base do futuro padrão alimentar. Deve-se objetivar o uso racional do açúcar evitando radicalizações

(WALTER; FERELLE e ISSAO, 1997; CAMPOS; ZUANON e CAMPOS, 2003; CHAVES;ROSENBLATT e COLARES, 2003; NOVAIS et al, 2004).

2.5 Fatores sócio demográficos e doença cárie

Reduções na prevalência de cárie vem sendo observado a partir da década de 70 comparando diversos estudos ao longo dos anos na maioria dos países industrializados e no Brasil. Este fato pode ser percebido através de levantamentos epidemiológicos sistemáticos realizados pelo Ministério da Saúde em 1986, 1996 e em 2003. Os dados do SB Brasil (BRASIL,MS, 2004) indicam que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie existindo um incremento com a idade.

A cárie continua a ter um caráter endêmico nos países subdesenvolvidos e ainda em certas etnias e grupos populacionais mais desfavorecidos. A meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2000 de 50% das crianças de 5 anos livres de cárie não foi alcançada em nenhuma das macrorregiões brasileiras como atestado no último levantamento epidemiológico (MS, 2003). Os pesquisadores que constataram a redução de cárie no mundo também verificaram que ocorria ainda um fenômeno conhecido como “polarização”, ou seja, grupos específicos com maior concentração da doença. Esta polarização também se verifica no Brasil tanto em níveis regionais quanto locais. Uma meta de livrar o mundo de cárie até 2020 foi proposta na Primeira (1ª) Conferência Global Anticárie, que a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) realizou, em parceria com a Federação Dentária Internacional (FDI) (ABO, 2009).

A doença cárie é ainda a maior responsável pela perda de elementos dentários em todas as idades (PINTO, 2008).

A queda nos níveis de cárie e ao mesmo tempo a constatação da evidente polarização da mesma trouxe um desafio para se entender esta situação e estudos neste sentido tem tentado desvendar as intrincadas associações entre os determinantes de natureza biológica e os fatores não biológicos (DRUMONT, 2002).

Estes determinantes ainda não tem sido analisados profundamente a fim de elucidar com clareza a forma e a dimensão de sua influência tal o grau de complexidade destas interações. Observa-se que mesmo na presença de diversos fatores predisponentes, a doença pode não se desenvolver. A importância do conhecimento da influência de fatores não biológicos relacionados às doenças se destaca, tanto no planejamento de estratégias de atuação ,quanto por permitir adequar estas ações às características específicas do grupo ao qual serão aplicadas,com formas distintas de abordagens e com certeza mais apropriadas (DRUMOND, 2002).

Couto et al (2001) afirmou que o fator sócio econômico pode interferir no acesso à informação. Em seu estudo mães que demonstraram estarem mais bem informadas sobre como cuidar da saúde bucal de seus filhos foram as de melhor nível sócio econômico.

Pereira et al (2002) analisando comportamento e conhecimento de mães de crianças de 0 a 5 anos no município de Diamantina–Minas Gerais, encontrou que algumas mães apesar de conhecer os métodos corretos de higiene bucal não os aplicavam em seus filhos,

demonstrando desinteresse ou falta de conhecimento a respeito da necessidade da assistência odontológica. É fundamental para a prevenção da cárie precoce despertar o interesse dos pais, educá-los e motivá-los a se preocuparem com a saúde bucal de seus bebês, corresponsabilizando-os.

Os hábitos de higiene são fortes determinantes de saúde bucal e esses cuidados estão diretamente relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos (AQUILANTE et al, 2002 apud FAUSTINO -SILVA, 2008).

Dentro desta perspectiva deve-se considerar o contexto social de inserção destas famílias e com a dimensão sócio-familiar, com abordagens em torno da fragilização e precariedade das relações familiares, de vizinhança e de comunidade. A dimensão cultural que se determina no cotidiano social, nos valores simbólicos, nas representações sociais e nos hábitos e costumes. A dimensão política, o fazer-se representar, no exercício dos direitos, cidadania, precariedade do acesso. A dimensão do trabalho ou da ocupação traz vínculos com o mundo do trabalho, a vida econômica, a renda e tudo que vem dela. São estruturantes, quando uma se fragiliza, acontecem mecanismos compensatórios. Daí, podem surgir elementos que nos tornam vulneráveis, passíveis de atuarem sobre o processo saúde/doença bucal. Estão contextualizados dentro de um aspecto mais amplo.

A postura profissional para enfrentamento da realidade dentro da sua UBS, necessita que ele esteja capacitado a identificar a correlação entre as questões relacionadas à saúde e as dimensões citadas e conhecer os equipamentos sociais e os aspectos da vida em sociedade na comunidade em que atuam (DRUMONT, 2002).

A comida é o principal veículo através do qual, os pobres urbanos pensam a sua condição. A primeira associação que fazem ao falarem do que comem é com a pobreza. É ela que explica a dieta que conseguem manter. A relação entre a pobreza e a alimentação escolhida não se resume no poder de compra, mas passa por considerações de ordem ideológica e até psicológica (ZALUAR, 1994). Aqui é possível visualizar a complexidade da inserção social e os desafios do trabalho cotidiano dentro de uma UBS.

2.6 Educação para a saúde

Bijella (1993) cita que a educação em saúde bucal significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades (instruções), favorecendo a mudança de comportamento e atitude do indivíduo, criando novos valores, que beneficiam a saúde familiar.

Paes e Rose (1997) enfatizaram ser necessário uma educação em saúde mais consciente e abrangente fazendo com que o indivíduo tome consciência da importância de seu corpo. Assim, é esperado um maior cuidado pessoal e conseqüentemente, uma melhoria da saúde bucal.

A atenção à saúde bucal precoce começa na orientação aos pais, particularmente à mãe, durante a gestação. Condições favoráveis antes e durante a gravidez ajudam a promover a saúde dos dentes. Ações de cuidado com vínculos de confiança entre profissional e a família é fundamental para uma maior autonomia futura de pais e crianças. Orientações às gestantes a respeito de alimentação e suas implicações para ela e o bebê bem como com o uso de

medicamentos, fumo, álcool, drogas são essenciais. Além destas, orientações a respeito de aleitamento e uso da chupeta, higiene bucal dela e do bebê , dentre outras (SMS, 2004).

Nas UBS estas ações ocorrem, mas de forma ainda precária em algumas unidades. O acompanhamento das gestantes nos grupos operativos e posteriormente as crianças nos grupos de puericultura é o que se espera para uma promoção de Saúde mais eficaz.

Para Fadel (2005) a atenção odontológica precoce vem crescendo buscando identificar interferências comportamentais e biológicas que possam se refletir na saúde bucal. Vários estudos têm focado hábitos alimentares e higiene bucal em menores de 3 anos de idade, a fim de encontrar relação entre estes fatores e a cárie dentária. A relevância diz respeito ao fato de ser neste período que os hábitos relacionados à saúde bucal são formados e firmados ao longo da vida.

A alimentação é foco de interações sociais desde a infância. Comer é um dos grandes prazeres da vida e através da alimentação o ser humano busca a própria satisfação. As escolhas alimentares dependem da cultura, ambiente e inserção social, como ainda das necessidades do organismo de energia e nutrientes. A família em primeiro lugar seguida pela escola exercem papel modelo para o hábito alimentar da criança (FAUSTINO–SILVA et al, 2008). A busca por um diferencial de qualidade de vida necessita de um envolvimento de educadores, pais e profissionais que precisam se conscientizar em primeiro lugar da importância de seu papel, como agentes promotores de saúde, cada um no seu espaço, para atuarem promovendo a saúde (MADUREIRA, 2009).

Esta conscientização é um desafio a ser alcançado. Não fosse assim, os índices de cárie em criança não estariam tão elevados. O fenômeno da polarização da doença se justificaria entre outras razões por baixo acesso a informações, dificuldade de acesso aos serviços, baixo nível de escolaridade e nível sócio-econômico (PINTO, 2008), onde o indivíduo se sente excluído.

2.7 A multidisciplinaridade para o controle da doença cárie em crianças

Na experiência cotidiana, o que se observa é que qualquer tipo de intervenção da equipe do PSF é considerado familiar. Hoje em dia, em níveis internacional e nacional, há consenso sobre a importância da família como unidade das políticas sociais e da necessidade de desenvolver redes de apoio e desenvolvimento das famílias e comunidades.

A odontologia em Saúde Coletiva requer atuação multiprofissional e interdisciplinaridade no intuito de prestar serviços integrais de saúde bucal, dentro dos princípios do SUS e da Atenção primária em Saúde. Inclui-se a necessidade de promover iniciativas de atenção à saúde bucal de grupos populacionais historicamente não atendidos nos programas assistenciais odontológicos, como crianças e a terceira idade.

Deve-se envolver nas ações de promoção e prevenção, além das de controle da doença, profissionais afins dentro da saúde, como pediatras, ginecologistas, nutricionistas, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, toda a equipe de saúde da família e de saúde bucal e buscar apoio junto à gerência e à comunidade para efetivarmos ações amplas e impactantes.

Segundo Drumond (2002) é necessário a ampliação e aprofundamento dos fatores

relacionados ao aparecimento da cárie na criança para que os profissionais da saúde, particularmente da saúde bucal, saibam a dimensão do seu papel no enfrentamento deste grave problema. Que com certeza, envolverão abordagens inerdisciplinares para se permitir ampliar a compreensão dos contextos social, político e cultural que se reflete no dia a dia da criança, bem como suas relações familiares, sua condição física e emocional relacionando-a²⁹ à sua qualidade de vida e saúde bucal.

É necessária a capacitação do profissional no sentido social e político, não apenas técnico, para uma postura mais humanizada e mais corajosa para o enfrentamento desta luta complexa e desafiadora. A concretização das ações depende de todos os envolvidos e de diferentes áreas do conhecimento e principalmente do fator fé, acreditar naquilo a que se propõe.

3. METODOLOGIA

Dentro da Estratégia de Saúde da Família, que norteia as ações dentro das UBS na PBH, este estudo piloto teve como objetivo obter o levantamento das necessidades odontológicas e os fatores de risco a cárie, com ênfase nos hábitos alimentares, de crianças menores de seis anos de idade cadastradas na área de abrangência do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro. Através do conhecimento das necessidades e do perfil destas famílias, pretende-se traçar estratégias de ação multidisciplinares dentro da linha do cuidado.

3.1 O Centro de Saúde

O Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro (CSLCC) está localizado no distrito sanitário nordeste (DISANE) da PBH, no bairro União, tendo como área adscrita os bairros União e Cidade Nova. A população total da área de abrangência é de 30.000 habitantes aproximadamente.

A área de abrangência foi dividida segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) em 5 áreas: uma área de elevado risco, três áreas de risco médio e uma de baixo risco. As áreas de elevado e médio risco se encontram no bairro União e a de baixo risco no bairro Cidade Nova.

A área de elevado risco, delimitada por setores e ruas foi contemplada com uma ESF e faz parte do BH- Cidadania, programa de inserção social que busca garantir maior resolutividade e acessibilidade dos bens e serviços públicos sociais. As áreas de risco médio são também delimitadas por setores e ruas e cada uma conta com uma ESF. A área de baixo risco não tem

ESF e são assistidos por uma equipe de apoio, composta de duas enfermeiras e um médico ambos com jornada de 4 horas. A Unidade dispõe ainda de um ginecologista, duas pediatras e de cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por ESF. A área de baixo risco não conta com ACS.

População por equipe: E 1 = 2.895 (710 famílias)

E 2 = 4.032 (944 famílias)

E 3 = 3.901 (1.112 famílias)

E 4 = 4.407 (1.354 famílias)

O Bairro Cidade Nova conta com uma população aproximada de 13.000 pessoas, sendo que atualmente cadastradas existem em torno de 6000 usuários. Possui 2 ESB compostas por 1 Cirurgião Dentista (CD) e 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) com jornada de trabalho semanal de 40 horas e 1 equipe de apoio com 1 CD, 1 ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB) com jornada semanal de 20 horas. Cada ESB é responsável por 2 ESF e o apoio atende usuários da Cidade Nova.

O CSLCC tem sistematizados grupos de hipertensos, diabéticos, convivência e artesanato, saúde da mulher, hipertensos/dor, grupos com problemas de coluna, planejamento familiar, gestantes e Lian Gong. Conta ainda com estagiários da área de fisioterapia, nutrição e odontologia. Os usuários que procuram por atendimento odontológico, recebem orientação sobre os horários de atendimento de cada equipe, onde são oferecidos 25 vagas para atendimento semanal para a demanda espontânea, caracterizada pela dor.

A equipe de apoio oferece 5 vagas por semana, além dos agendados. A urgência tem prioridade, assim como as gestantes, desnutridos, “evento sentinela,” e saúde mental. As visitas domiciliares são programadas de acordo com solicitação das famílias ou da ESF. Há participação das ESB nos grupos operativos e em reuniões de ESF. Além da procura direta à ESB os usuários são encaminhados para avaliação e tratamento pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pediatras, assistente social e ESF. Toda a Unidade é mobilizada e tem boa interação, inclusive a Equipe Odontológica.

As dificuldades dizem respeito principalmente à grande demanda, ao grande número de pacientes psiquiátricos e drogaditos, aos usuários do bairro Cidade Nova (não estão vinculados a nenhuma ESF). O acesso ao consultório de cadeirantes e pessoas com dificuldade de locomoção é difícil por que ele está localizado no segundo andar. Um problema também é o grande número de absenteísmo às consultas. As famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e nas ações programadas de Promoção de Saúde com grupos prioritários, recebem trimestralmente um kit com pasta, escova de dentes e fio dental. Na Creche Menino Deus conveniada com a PBH uma ASB da Associação Municipal de Assistência Social (AMAS) faz periodicamente a escovação supervisionada e o levantamento de necessidades e encaminha as necessidades para a ESB.

3.2 O universo do estudo

A população deste estudo piloto foram crianças menores de seis anos e seus responsáveis cadastradas no Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro. Dentro desta faixa etária há um universo de aproximadamente 500 crianças. As crianças incluídas neste estudo foram as

menores de seis anos, que procuraram por atendimento odontológico na UBS cujos pais ou responsáveis aceitarem o convite para participar da pesquisa assinando o termo de consentimento. O estudo contou com uma amostra de 20 crianças.

3.3 O estudo

Tratou-se de um estudo piloto de enfoque descritivo e análise quantitativa cuja coleta de dados se deu através de questionário (anexo 1), aplicado aos responsáveis, e levantamento de necessidades odontológicas (INTO) das crianças da amostra. Todos os responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo (anexo 2).

O questionário baseou-se no aplicado por Botelho (2006) e em um questionário nutricional aplicado pelas nutricionistas, estagiárias do CSLCC. Foi composto de 22 perguntas, contemplando dados de identificação, renda familiar e grau de escolaridade. A pesquisadora aplicou o questionário aos responsáveis pelas crianças, no Centro de Saúde, no dia da procura por atendimento odontológico. Eram previamente esclarecidos sobre o mesmo, mas deixando-os à vontade para efetuar as respostas. O exame clínico foi realizado pela pesquisadora no consultório da unidade com auxílio de espelho clínico, luz artificial e sonda exploradora quando necessário. O ceo-d não foi utilizado, dada a dificuldade de se manter os mesmos parâmetros em todos os examinados pelo grau de cooperação das crianças. Todas as crianças foram codificadas de acordo com o INTO.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo verificou-se que das 20 crianças examinadas, 55% apresentaram INTO igual a 1, 10% INTO igual a 2, 20% INTO igual a 3 e 15% INTO 0 (Tabela1).

Tabela 1 - Distribuição dos códigos das necessidades de tratamento entre as crianças da amostra com o percentual respectivo.

INTO	Nº DE CRIANÇAS	PORCENTAGEM
0	3	15%
1	11	55%
2	2	10%
3	4	20%
TOTAL	20	100%

Encontrou-se que a maioria das crianças participantes da pesquisa (85%) apresentou lesões cáries. Este achado pode estar relacionado em parte ao fato da amostra ter sido eleita entre as crianças que procuraram a unidade para o atendimento odontológico.

Observou-se que as crianças classificadas com INTO 2 e 3 eram as com idade acima de 4 anos. Este achado está de acordo com diversos trabalhos que relatam haver incremento de cárie com a idade (TOMITA et al, 1987; BASIL-MS, 2004; LOSSO et al, 2009).

Quanto a renda familiar, verificou-se que a maioria dos pais participantes da pesquisa (85%), ganha menos de 3 salários-mínimos (SM), 30% menos de 1 SM, 35% de 1 a 2 SM, 20% mais de 2 e menos de 3 SM e 15% mais de 3 SM. Correlacionando a renda familiar com o INTO obtido no exame das crianças, encontrou-se que o INTO 3 foi encontrado em crianças cujos pais tinham renda familiar inferior a 1 SM. As crianças com INTO 0, os pais tinham renda de mais de 2 e menos de 3 SM. Drumont (2002) em seu estudo também comparando renda familiar com incidência de lesões cariosas em crianças observou que a condição sócio econômica dos pais era fator determinante no surgimento e progressão da doença cárie em crianças.

Com relação ao grau de escolaridade dos pais e a presença de cárie nas crianças da pesquisa, encontrou-se que as crianças livres de cárie eram aquelas cujos pais tinham ensino médio completo e as com lesões cariosas, os pais apresentavam ensino fundamental completo ou não. Mattila et al (2000) apud Losso (2009) observaram também em seus estudos que as crianças com menos chance de apresentar cárie eram aquelas cujas mães tinham maior grau de escolaridade e melhor ocupação profissional.

Quanto às condições de saneamento básico, moradia, número de pessoas na casa, número de filhos e inserção em programa social (bolsa família) os resultados foram semelhantes entre as crianças e, portanto, pouco significativos.

Correlacionando as crianças que eram cuidadas pelos pais ou que não eram cuidadas pelos pais e a presença de lesões cariosas, observou-se que as crianças livres de cárie eram aquelas que eram cuidadas pelos pais (75%) ou pela avó (25%). Entre as que apresentaram um INTO

maior, nenhuma era cuidada pelos pais. Reafirmando aqui a importância da influência da mãe principalmente na transmissão de valores e no cuidado com a criança (CERQUEIRA et al, 1999; DRUMOND, 2002).

As crianças que apresentavam histórico de doença sistêmica (15%) foram as que apresentaram um INTO maior. Losso et al (2009) descrevem que a ingestão de medicamentos com alto teor de açúcar e baixo pH e com ingestões repetidas pode ser uma justificativa para o aumento do potencial cariogênico em crianças.

Quanto aos cuidados com a saúde bucal, verificou-se que, entre as crianças livres de cárie, todos os responsáveis afirmaram dar muita importância à saúde bucal (70%) e que esta pode influenciar na saúde geral (75%). As crianças que apresentaram um INTO maior, foram as que os pais responderam desconhecer esta correlação (15%) ou não davam importância à saúde bucal (15%). As condições socioeconômicas interferem no acesso à informação e está de acordo com o resultado de vários estudos como os de Couto et al (2001) e Drumond (2002). A escolaridade dos pais e sua inserção social atuam significativamente nas condições de saúde bucal da criança.

Quanto à procura pelo serviço odontológico, 55% dos pais respondeu que só procura por atendimento odontológico quando percebe algo diferente nos dentes da criança e 60% concluem o tratamento. A procura por atendimento em casos de dor foi relatada por 10% dos participantes e destes, 30% procuraram por atendimento em outro local.

Observou-se que correlacionando a procura por atendimento quando percebe-se que algo está diferente e o INTO, as crianças com maior INTO eram aquelas cujos pais procuravam pelo serviço quando percebiam algo diferente. Segundo Drumond (2002), a valoração do auto cuidado e a própria auto-estima varia de acordo com a inserção social da pessoa.

Com relação ao controle anual 25% responderam que fazem este controle nas crianças, já 5% relataram nunca ter conseguido atendimento odontológico. A mesma percentagem (5%) respondeu que conseguiu o atendimento mas o abandonou.

Quanto à forma de escovar os dentes, sozinha ou com ajuda de um adulto, 60% dos responsáveis responderam que ajudam nesta tarefa e 40% deixam que elas realizem sozinhas. Correlacionando o INTO com a escovação, observou-se que as crianças com INTO 3 eram aquelas que realizavam a escovação sozinhas (75%) e as livres de cárie tinham ajuda de um adulto para realizar esta tarefa (100%).

Observou-se que 55% das crianças deste estudo não tomavam mamadeira (duas a tomam adoçadas com açúcar) e uma mama no peito. Correlacionando o INTO com o uso de mamadeira, encontrou-se que as que apresentaram INTO igual a zero eram as crianças que tomavam mamadeiras adoçadas e as com INTO com maior valor eram as que tomavam somente uma mamadeira.

Quando perguntado aos responsáveis se eles já haviam recebido orientação sobre higiene bucal, observou-se que a grande maioria, a recebeu e esta lhe foi dada pelo seu dentista. Apenas dois responderam que foi através do pediatra e um que nunca a recebeu. Constata-se

que, como verificado por Pereira et al (2002) muitas mães apesar de conhecerem os métodos preventivos não os aplicam aos filhos por desinteresse ou falta de conhecimento. As informações são repassadas, mas, não assimiladas verdadeiramente. As dimensões da vida atuando nas condições de saúde (DRUMOND, 2002).

No que se refere aos fatores relacionados à dieta vale mencionar que, todas as crianças, ingerem alimentos com alto teor de açúcar, diariamente, mesmo as livres de cárie. No trabalho de Novais et al (2004) verificou-se correlação positiva entre consumo de açúcar e cárie, mas segundo Walter; Ferelle; Issao (1997) deve-se analisar o fator dieta sobre o prisma da multicausalidade da doença, já que não existe nenhum alimento capaz de causar cárie sem a interação de outras variáveis biológicas e não biológicas neste processo. Então a simples ingestão de alimentos açucarados não necessariamente levará à doença.

Quanto à ingestão de frutas, carnes e verduras o padrão foi semelhante em todas as crianças não se tornando fator relevante de comparação, pelo menos na amostra estudada. Também o número de refeições diárias se manteve semelhante, com mais de 85% das crianças fazendo mais de três refeições ao dia.

5. CONCLUSÃO

Apesar da pequena amostra foi encontrado um elevado índice de lesões cáries nas crianças menores de 6 anos do CSLCC. Este achado pode ser justificado pelo fato das crianças serem selecionadas quando procuraram por atendimento e esta procura ter sido motivada por que os responsáveis perceberam que algo estava diferente.

Este foi um estudo piloto que deverá ser aplicado a um maior número de crianças, buscando aquelas que não procuraram por atendimento, encaminhadas pelos pediatras ou pela ESF.

5.1 Proposta de intervenção

As crianças que apresentavam necessidade de tratamento foram encaminhadas para a sua resolução.

Nas reuniões de equipe, será enfatizado pela pesquisadora o encaminhamento das crianças atendidas pelos pediatras e generalistas. Isto já ocorria mas a partir de agora será realizado de uma forma mais sistematizada.

Serão planejadas reuniões com os responsáveis pelas crianças para que ocorra uma maior interação entre eles e a ESB. Serão realizadas ações conjuntas com os estagiários da nutrição e da odontologia para promover oficinas na UBS e nas escolas e creches, buscando formar e

motivar cuidadores, educadores e as próprias crianças, dentro de um conceito mais amplo de saúde e de acordo com a realidade de vida da população.

Ações multiprofissionais e intersetoriais serão discutidas com a gerência e a ESF para que haja uma maior motivação da equipe dentro da Unidade.

Pensando em promoção, prevenção e manutenção da saúde, atuações serão feitas dentro da linha do autocuidado, priorizando a gestante, cuja saúde geral e bucal interferirá diretamente na saúde do bebê, através da implementação de hábitos dietéticos saudáveis. Ações conjuntas serão discutidas com os profissionais da odontologia, nutricionistas, enfermeiras e ginecologistas.

Serão cadastrados os recém-nascidos que tiverem acompanhamento com os pediatras. A ESB e as ACS as encaminharão para os dentistas da unidade.

As crianças também poderão ser acompanhadas e motivadas nas reuniões de desnutridos, puericultura e bolsa família.

Avaliações deverão ser feitas, a princípio trimestralmente e posteriormente semestralmente, para se verificar a efetividade das ações implantadas e se necessário, efetuar mudanças na tentativa de adequá-las á realidade da população assistida. É um processo dinâmico e que demanda atenção para não se perder o foco e a efetividade. O objetivo maior é conseguir melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas na sua integralidade, de forma humanizada e com equidade.

Propõe-se ainda a continuidade da educação continuada da ESB para estar sempre buscando novas idéias e sempre por dentro dos novos conhecimentos. Não deixar de manter contato com a Universidade para buscar ajuda e troca de saberes. Os profissionais precisam estar capacitados para intervir socialmente.

6. ABSTRACT

CARIE DISEASE AND EATING HABITS ON UNDER SIX YEARS OLD CHILDREN ON HEALTH CENTER LEOPOLDO CRISÓSTOMO DE CASTRO COVERAGE AREA

On the early childhood the dietary habits and oral hygiene are formed, having great influence on caries development. This study's objective was to gather material for multiprofessional tasks based on the caries diagnosis on children under six years old from the Leopoldo Crisóstomo de Castro Health Center (LCCHC). This study was made on 20 children that looked for treatment. A clinical exam was made and the INTO was completed by the researcher. A questionnaire was given to the children's parents after they agreed on having their kids to be part of the research. The questionnaire contained questions about the economical profile of the families into question, the oral hygiene and eating routine of the child, and their general perception about buccal health. On the results we found out that 85% of the children were with caries. The children with caries were between 4 and 6 years old, the monthly income of their families were lower than 2 minimum-wages and 75% of their parents didn't made it through high school. None of these children were looked after by their mothers, they did the oral hygiene alone and 75% had some kind of systemic disease. Regarding their eating habits, 75% weren't breast feeded, and they looked after dental care only after noticing "something different". All of them said that they were oriented about oral hygiene by their dentist and didn't abandon the treatment once it started. 50% of them said that they didn't know about the importance ob buccal health on general health. Of the children that did not have caries, two thirds had at least one of the parents with high school completed, they were

helped on doing their oral hygiene and their monthly income was lower than 3 minimum-wages and they never came to LCCHC looking for help. Regarding their feeding habits, they were bottle feeded with sugar at night. Everyone gave great important to the role of buccal health over general health. It can be concluded that the value of dietary habits over caries incidence is complex and hardly measured, but when associated with cultural and economical factors, their relation is evident. A great number of actions will be planned and implemented, and their results will be tested to ensure that they were effective on the control of caries.

Keywords: caries, children, feeding habits

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AAPD, 2008 – 2009.
2. ALVAREZ e NAVIA, 1989. In: AUAD, S.M.; PORDEUS, I. A. Nutrição e sua influência nos processos de odontogênese, erupção e desenvolvimento da cárie dentária. **Rev. do CROMG**, Belo Horizonte, v.5, n.3, p. 151-155, set/dez. 1999.
3. ALVAREZ et al, 1990. In: AUAD, S.M.; PORDEUS, I. A. Nutrição e sua influência nos processos de odontogênese, erupção e desenvolvimento da cárie dentária. **Rev. do CROMG**, Belo Horizonte, v.5, n.3, p. 151-155, set/dez. 1999.
4. AQUILANTE, A.G. et al. Análise do nível de educação odontológica dos pais/ responsáveis de escolares da 3ª série do primeiro grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. **Rev. Odontol. UNICID**, v.14, n.1, p. 25-34, , 2002.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Sala de imprensa. Cárie – vilã das crianças. [http:// www.abo.org.br//sala de imprensa](http://www.abo.org.br//sala%20de%20imprensa) – 2009. acesso em 09/11/2009.
6. AUAD, S.M.; PORDEUS, I. A. Nutrição e sua influência nos processos de odontogênese, erupção e desenvolvimento da cárie dentária. **Rev. do CROMG**, Belo Horizonte, v.5, n.3, p. 151-155, set/dez. 1999.
7. BEZERRA, A. C. B.; TOLEDO, O. A. Nutrição, dieta e cárie. In: KRIGER, L. Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 43-67, 1999.
8. BIJELLA, M.F.T.B. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para a criança. **CECADE News**, v.1, n.1, p. 25-28, 1993.
9. BOLAN, M.; NUNES, A.C.G.P.; MOREIRA, E.A.M.; ROCHA, M.J.C. Guia alimentar: ênfase na saúde bucal. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v.22, n.4, p. 305-310, 2007.

10. BONECKER, M. J. S., GUEDES-PINTO, A.C.; WALTER, L. R. F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, São Paulo, v. 51, n.6, p. 535-540, nov./ dez. 1997.
11. BORDON, A.K.C.B.; BUSSADORI, S.K.; ARSATI, Y.B.de O.; IMPARATO, J.C.P. Levantamento epidemiológico da cárie dentária em crianças de 06 a 42 meses de idade e que freqüentam as creches do município de Santa Fé do Sul-SP. **RGO**, v.52, n. 4, p.256-260, out/2004.
12. BOTELHO, Maria Betânia de Oliveira. **Situação de Saúde Bucal em crianças de 0 a 5 anos, residentes na área de abrangência do C.S. Maria Goretti-BH**. Monografia (especialização em Saúde Coletiva). Centro de Estudos Odontológicos do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais CEO – IPSEMG, 2006
13. BRASIL. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Reorganizações das ações de saúde bucal na Atenção Básica. **Diário Oficial da Repúbl. Fed. do Brasil**, Brasília, DF, 07 mar. 2001.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003; condições de Saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais**. Brasília: coordenação de Saúde bucal; 2004.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde Bucal**. Brasília- DF, n.17, 2006.
16. BRAUER et al, 1960. In: THEODORO, D.S. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. **Odontologia Clin.-Cientif.**, Recife, v.6, n.2, p.133-137, abr/jun, 2007.

17. CAMPOS, J. A. D. B.; ZUANON, A.C. C.; CAMPOS, A. G. Influência da alimentação e da nutrição na odontogênese e desenvolvimento de lesões de cárie dental. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.31, p. 246-249, maio / jun 2003.
18. CARDOSO, L. et al. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1. fev. 2003
19. CERQUEIRA, L. M.; ALVES, M. S. C. F.; BONECKER, M. J.; PINHO, A.L. dos S. Estudo da Prevalência de cárie e da dieta em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal RN. **J. Bras. Odontopediatr Odontol Bebê**, v.2, n.9, p.351-6, set/out 1999.
20. CHAVES, A. M. B.; ROSENBLATT, A.; COLARES, V. A. importância da dieta do desmame na saúde oral. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.30, p. 158-162, mar./ abr. 2003.
21. CORRÊA, M. S. N. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 2 ed. São Paulo: Santos, 679p, 2005.
22. COSME, P.; MARQUES, P. F.. Cáries precoces de Infância. Uma revisão bibliográfica. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilfacial**. V.46, n.2, 2005.
23. COSTA, 1998. In: FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Cuidados em Saúde bucal na 1º Infância: Percepção e conhecimento de pais ou responsáveis de crianças em um C. S. de Porto Alegre, RS. **Rev. O donto Ciênc**, v.23, n.4,p. 375-379, 2008.
24. COUTO, C. M.; RIO, L. M.; MARTINS, R. C.; MARTINS, C. C.; PAIVA, S. M. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis sócio econômicos sobre a saúde bucal de seus filhos bebês. **Arq Odontol**; v.37, p. 121-32, 2001.
25. DIAS, Ana Cláudia. Viva Bem: Saúde da Boca começa no útero. Diário popular.com.br. Pelotas, RS – 12/10/2004

26. DRUMOND, M. M. **A criança, seu “em torno” e a cárie.** 223 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) Centro de Ciências Médicas. Instituto da Saúde da Comunidade. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002.
27. ESPEMG – Oficina de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, 2009.
28. FADEL, C. B.; KOZLOWSKI Jr., V. S. Cárie dental precoce: uma estratégia mais ampla de prevenção. **JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.3, n.14, p. 313-317, jul./ago. 2000.
29. FADEL, Cristina Berger. Cárie dental precoce: Qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia? **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.9, n.3/4, p.83-89, set./dez. 2003.
30. FADEL, C. B. Dieta e higienização bucal como marcadores de risco de cárie dental em bebês e sua relação com o fator socio econômico. **Rev Ibero-americana Odontopediatr Odontol Bebê.** v.8, n.42, p. 119-25, 2005.
31. FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Cuidados em Saúde bucal na 1º Infância: Percepção e conhecimento de pais ou responsáveis de crianças em um C. S. de Porto Alegre, RS. **Rev. O donto Ciênc**, v.23, n.4,p. 375-379, 2008.
32. FERREIRA, F. P.; OSMO, A. A. Nutrição da Criança. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, Cap. III, p. 23-31, 1998.
33. FERREIRA, S. H.; BERIA, J.V.; KRAMER, P. F.; FELDEN, E. G. ;FELDEN, C. A.. Dental caries in 0 - to – 5 – year – old Brazilian Children: prevalence, severity, and associated factors. **Int. J Paediatr Dent.** v.17, p. 289-296, 2007.
34. FILHO, M. B. O Controle das Anemias no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno – Infantil.* Recife, v. 4, n.2, p.121-23, abr/jun, 2004.

35. FRANÇA, J. L. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-científicas**. 5. ed. rev. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001. 211p.
36. FREIRE, M. C. M., ET AL. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brasil. **Community Dent. Oral Epidemiol.** 1996, v.24, n.5, p.357-361.
37. FREITAS, S. F. Discussão: uma história social da cárie. In: FREITAS, S. F., editor. História social da cárie dentária. Bauru, SP: EDUSC; p. 89-112, 2001.
38. FRISSE, G. M.; BEZERRA, A.C.B.; TOLEDO, O. A. A correlação entre hábitos alimentares e cárie dentária em crianças de 06 a 36 meses de idade. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, 1998; v.1, n.2, p. 17-26.
39. HARRIS, R.; NICOLL, A. D.; ADAIR, P. M.; PINE, C. M. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Communit Dental Health**, BASCD, v.21 (supplement), p.71-85, 2004.
40. HEIBLING et al, 2002. In: . LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.B. da; URBAN, C.A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v.85, n.4, p.295-300, ago. 2009.
41. ISMAIL, A. I.; SOHN, W.; TELLEZ, M.; WILLEM, J. M.; BETZ, J.; LEPKOWSKI, J. Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 36, p. 55-68, 2008.
42. KRAUSE e MAHAN, 1995. In: AUAD, S.M.; PORDEUS, I. A. Nutrição e sua influência nos processos de odontogênese, erupção e desenvolvimento da cárie dentária. **Rev. do CROMG**, Belo Horizonte, v.5, n.3, p. 151-155, set/dez. 1999.

43. LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.B. da; URBAN, C.A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v.85, n.4, p.295-300, ago. 2009.
44. MADUREIRA, Ariane. Personal diet -Alimentação crianças- macaenew.com.br 03/05/2009
45. MATTILA et al, Cáries in five-year-old children and associations with family- relates factors. **J Dent Res.** 2000; v.79, p. 875-81.
46. MILLER, 1890. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva.** 5 ed. São Paulo: Santos, 635p, 2008.
47. MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. **Linha – Guia Saúde Bucal,** 2006.
48. MORITA, M. C.; WALTER, L. R. The prevalence of dental caries in Brazillian children aged to 36 months **ROBRAC,** Goiânia, v.2, n.5, p.17-19, dez.1992.
49. MOURA, L.F.A.D.; LIRA, D.M.M.P.; MOURA, M..S.; BARROS, S.S.L.V.; LOPES, T.S.P.; LEOPOLDINO, V.D.; MOURA, M.D. Apresentação do Programa Preventivo para gestantes e bebês.- **JBP - Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do bebê.** v.4, n.17. jan/fev 2001.
50. NOCE et al. Aquisição de E.M. e desenvolvimento de cárie dental em primogênitos. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v.8, n.2, p.239-244, maio/ago. 2008.
51. NOVAIS et al. Relação doença cárie – açúcar; Prevalência em crianças. **Pesq. Brás. Odontoped. Clin. Integr,** João Pessoa, v.4, n.3, p. 199-203, set./dez 2004.
52. OMS / World Health Organization. Oral health surveys, basics methods. Geneva: World Health Organization; 1997.

53. PAES, A.M. C.; ROSE, M. C. P.. Avaliação dos Normalistas da escola normal de Ceilândia em educação em Saúde Bucal. **Rev. Saúde**. Distrito Federal, v.8, n.3, p. 3243, jul/set. 1997.
54. PEREIRA, 1929. In: THEODORO, D.S. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. **Odontologia Clin.-Cientif.**, Recife, v.6, n.2, p.133-137, abr/jun, 2007.
55. PEREIRA, W. F.; FERRARI, A. R.; BORGE, S. P.; CRUZ, R. A. A influência materna e os fatores de risco de cárie dentária. **Rev. do CROMG**. v.8, n.1, p. 33-42, 2002.
56. PERES, K. G. de A.; BASTOS, J. R. de M.; LATORRE, M. R. D. de O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.4, p. 402-408, 2000.
57. PIERCE, ROJUER, VANN, 2002. In: RIBEIRO, N. M. E.; RIBEIRO, M. A. S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré- escolar: uma revisão crítica. **J Pediatr**. Rio de Janeiro; v.80 (5 Supl): S199-S210, 2004.
58. PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5 ed. São Paulo: Santos, 635p, 2008.
59. PLUTZER, K.& SPENCER, A. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2008; v. 36; p. 335-46.
60. REISINI; DOUGLASS, 1998. In: LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.B. da; URBAN, C.A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr**. (Rio J.), Porto Alegre, v.85, n.4, p.295-300, ago. 2009.
61. REINES, 1970. In: THEODORO, D.S. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. **Odontologia Clin.-Cientif.**, Recife, v.6, n.2, p.133-137, abr/jun, 2007.

62. RIBEIRO, N. M. E.; RIBEIRO, M. A. S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré- escolar: uma revisão crítica. **J Pediatr.** Rio de Janeiro; v.80 (5 Supl): S199-S210, 2004.
63. SALES – PERES, S. H. C; BASTOS, J. R. M. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de doze anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região centro-oeste do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, 2002, v. 18, p. 1281-1288.
64. SANTOS, A.P.P.; SOVIEIRO, V.M. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. **Pesqui. Odontol. Brás.** v.16, p.2003-2008, 2002.
65. SEIXAS, F. **A mudança de hábitos alimentares e o aumento do nº de CPO-D na população indígena Xerente.** Monografia (Título de Especialista em odontologia em Saúde Coletiva) Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2003.
66. SILVA, S. M.; SANTOS, F. Medicamentos pediátricos e risco de cárie: uma revisão. *Rev. Fac. Odontol Bauru.* 1994; v. 2. p. 15-21.
67. SILVA, S.M.B. et al. Cárie precoce na infância: relato de caso clínico. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria**, Curitiba, v.4, n.22, p. 490-496, nov./dez., 2001.
68. SLRILS, M.E.; OLSON, J. A.; SLRIKE, M. **Tratado de Nutrição Moderna na saúde e na doença.** 9 ed. 2003.
69. SMSA/GEAS – **Agenda de compromissos pela saúde integral da criança e adolescente** – PBH. 2004.
70. THEODORO, D.S. et al. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. **Odontologia Clin.-Cientif.**, Recife, v.6, n.2, p.133-137, abr/jun, 2007.

71. THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Diferentes Conceitos da Cárie Dentária e suas implicações. In: THYLSTRUPA; FERJERSKOV, O., editores. **Cariologia Clínica**. 2.ed. São Paulo: Santos, 1995. Cap.9. p.209-217.
72. TIBERIA et al, 2007. In: . LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.B. da; URBAN, C.A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v.85, n.4, p.295-300, ago. 2009.
73. TOMITA, N.E.; NADANOSVKY, P.; VIEIRA, A.L.; LOPES, E.S. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. **Rev.Saúde Pública**. v.33, p.542-54, 1987.
74. TRAEBERT, J. et al. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. **Rev. Nutr.** v.17, n.2. p.247-253, Campinas, abr/jun. 2003.
75. WALTER, L. R. F. et al. **Cáries em crianças de 0 a 3 anos de idade e sua relação com hábitos alimentares**. Enciclopédia Brasileira, São Paulo, v.5, p. 129-139, 1987.
76. WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Dieta e cárie na primeira infância**. Odontologia para o bebê. São Paulo: Artes Médicas, p. 107-122, 1997.
77. ZALUAR, A. **A máquina e a revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 2 ed. p. 100-111, 1994.

8. ANEXOS

ANEXO 1



QUESTIONÁRIO

Criança _____

Data nasc. __/__/__

Idade: _____

1-) Grau de escolaridade:

MÃE:

- a-) analfabeto
- b-) 1º grau incompleto
- c-) 1º grau completo
- d-) 2º grau completo
- e-) Superior

PAI:

- a-) analfabeto
- b-) 1º grau incompleto
- c-) 1º grau completo
- d-) 2º grau completo
- e-) Superior

2-) Quantos filhos?

- a-) Até 3
- b-) Mais de 3

3-) Está inscrito em algum programa social?

- a-) Não
- b-) Sim, no Bolsa Família
- c-) Sim, no Bolsa Escola
- d-) Sim, em outro: _____

4-) Total de pessoas em casa:

- a-) Até 5
- b-) Mais de 5

5-) Possui:

Rede de esgoto:

- a-) Sim
- b-) Não

Água tratada:

- a-) Sim
- b-) Não

6-) Moradia:

- a-) Própria
c-) Alvenaria (tijolo)
- b-) Alugada
d-) Madeira / Papelão / Outro

7-) Renda familiar (de todos que trabalham):

- a-) Menos de 1 SM
c-) mais de 2 SM e menos de 3 SM
- b-) de 1 SM a 2 SM
d-) 3 SM ou mais

8-) Quem cuida da criança?

- a-) Creche ou escola
c-) Avó
- b-) Mãe ou pai
d-) Outra pessoa

9-) A criança possui alguma doença sistêmica?

- a-) Não
b-) Sim. Qual? _____

10-) Qual a importância que dá à saúde bucal? (aos dentes)

- a-) Pouca
b-) Muita
c-) Não sabe

11-) Qual a importância da saúde bucal para a saúde geral?

- a-) Uma influencia a outra, mas pouco
c-) Nenhuma relação
- b-) Uma influencia muito a outra
d-) Não sabe

12-) Quanto ao tratamento odontológico:

- a-) Nunca procurou a equipe de saúde bucal do centro de saúde
b-) Nunca conseguiu atendimento
c-) Conseguiu atendimento e abandonou
d-) Concluiu o tratamento odontológico

13-) Procura o serviço odontológico:

- a-) Só quando tem dor
c-) Se perceber algo errado, mesmo sem dor
- b-) Todo ano, para controle
d-) Nunca

14-) Forma de escovar os dentes:

- a-) Criança escova sozinha
b-) O adulto precisa ajudar

15-) Mama?

- a-) Não
c-) Mamadeira sem açúcar
- b-) Mamadeira com açúcar
d-) Peito

16-) Se mama (peito ou mamadeira):

- a-) Não mama a noite
c-) 2 a 3 vezes por noite
e-) Não se aplica
- b-) 1 vez de à noite
d-) Mais de 3 vezes por noite

17-) Já recebeu orientação sobre higiene bucal?

- a-) Sim, através de palestra
c-) Sim, através de pediatra
e-) Não
- b-) Sim, através de dentista
d-) Sim, por outros meios

18-) Ingere balas, chicletes e doces:

- a-) Sempre
c-) 3x na semana ou menos
- b-) Mais de 3x na semana
d-) Nunca

19-) Se alimenta de verduras:

- a-) Sempre
c-) 3x na semana ou menos
- b-) Mais de 3x na semana
d-) Nunca

20-) Ingere que tipo de carne, e em que quantidade?

- | Tipo de Carne: | Quantidade: |
|----------------------|--------------------------|
| a-) Boi | 1- Sempre |
| b-) Frango ou peru | 2- 2x na semana ou menos |
| c-) Peixe | 3- De 3 a 5x na semana |
| d-) Não ingere carne | |

21-) Ingere pelo menos uma fruta?

- a-) Sim, diariamente
c-) 2x na semana ou menos
- b-) Sim, de 3 a 5x na semana
d-) Não

22-) Faz quantas refeições ao dia?

- a-) Menos de 3
c-) de 5 a 6
- b-) de 3 a 4
d-) Mais de 6

ANEXO 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, responsável por _____, usuário(a) do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro, SMSA / SUS – BH, declaro estar informado(a) e esclarecido(a) e desejo participar do estudo **“Levantamento de cárie em crianças menores de 6 anos da área de abrangência do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro e sua relação de risco com hábitos alimentares e influências familiares – conhecer para atuar”**. Este estudo está sendo desenvolvido como parte do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, ênfase em Saúde da Família, da Faculdade de Odontologia da UFMG – PBH, realizado pela Dra. Ana Cristina M. Starling M. Ferreira, sob a orientação da Dra. Enia Salles Rocha.

Estou ciente de que posso desistir a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos para minha pessoa ou para a criança, na condição de cidadão e usuários do referido Centro de Saúde. Fui esclarecido(a) que este estudo tem como objetivo conhecer a condição bucal das crianças menores de 6 anos, relacionando esta situação com hábitos alimentares e influência da família, e a partir deste conhecimento propor ações e estratégias visando a melhoria da condição de saúde bucal, geral e qualidade de vida destas crianças e de suas famílias, inscritas na área de abrangência do Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro. Estou ciente de que responderei a um questionário e que nem meu nome nem o da criança serão divulgados de forma nenhuma.

Contatos: Dra. Ana Cristina M Starling M Ferreira F: 32775791
 Centro de Saúde Leopoldo Crisóstomo de Castro F: 32775790

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2009

Assinatura do Usuário Responsável

