

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS,
IMPLANTADO NO C. S. MARIA GORETTI**

Maria Betânia de Oliveira Botelho

Belo Horizonte

2009

Maria Betânia de Oliveira Botelho

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS, IMPLANTADO NO C.S. MARIA GORETTI**

Monografia apresentada à Faculdade de odontologia da Universidade de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Elza Maria de Araújo Conceição

Belo Horizonte

2009

DEDICATÓRIA

Para todas as crianças da área de abrangência do Centro de Saúde Maria Goretti;

Para David e meus filhos: Victor, Luciana e Letícia com muito amor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Elza Conceição, pela atenção e por disponibilizar seu conhecimento e tempo, proporcionando horas agradáveis de estudo;

À Faculdade de Odontologia da UFMG e professores, por abrir suas portas e nos receberem de braços abertos;

À Coordenação Técnica de Saúde Bucal da SMSA da PBH por tornar realidade este curso;

Aos colegas do C.S. Maria Goretti, que sempre apoiaram e colaboraram prontamente com este projeto, principalmente à gerente Lucy Marçal;

Aos usuários do C.S. Maria Goretti, principal motivo de tudo;

Ao David, pelo apoio e incentivo.

“(...) A sabedoria vale mais que o ouro.

Ela é mais valiosa do que as pérolas e não existe objeto mais precioso que se iguale a ela”

Provérbio, 3, 14

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela

RESUMO

Este trabalho objetivou realizar uma avaliação da eficácia de um programa de atenção à saúde bucal, voltado para crianças de 0 a 5 anos, bem como as ações implementadas no Centro de saúde Maria Goretti, desde 2005. Foram realizadas: análise comparativa dos dados coletados durante campanha nacional de vacinação infantil, nos anos de 2005; 2006; 2007; 2008 e 2009; análise comparativa do Levantamento de Necessidades encontrado em crianças da área de abrangência do Centro de Saúde, com o Levantamento de Necessidades apresentado pela AMAS, referentes à regional Nordeste e ao município de Belo Horizonte em 2005 e 2008; busca em prontuários, para verificação da assiduidade em grupos operativos; comparação do número de nascidos vivos na área de abrangência, em determinado ano, com número de crianças daquele mesmo ano, atendidas pelo setor odontológico. Os resultados mostraram uma redução de mais de 50% no índice de necessidades de tratamento odontológico, nesta faixa etária. Em 2005, Belo Horizonte apresentou 64,1% de crianças sem necessidade de tratamento odontológico, a regional nordeste apresentou 73,4% e o CS Maria Goretti 74,9%. Em 2008, Belo Horizonte apresentou 61,0% de crianças sem necessidades, a regional nordeste apresentou 59,6% e o CS Maria Goretti 88,1%. A frequência das crianças agendadas nos grupos operativos ficou em torno de 64%. Das crianças nascidas a partir de 2004, 55% foram examinadas pela equipe odontológica. Concluiu-se que houve uma melhora significativa na saúde bucal das crianças; que a cobertura ainda é baixa, devendo ser mais divulgado entre a equipe de saúde e a população da área de abrangência; e que as clínicas para bebês são uma estratégia com grande efetividade para crianças na primeira infância.

Palavras-chave: Promoção de saúde. Saúde bucal. Crianças.

ABSTRACT

This study conducted an evaluation of the effectiveness of an oral health care program, aimed at children ages 0 to 5 years and the actions implemented at the Maria Goretti Health Center, since 2005, through a comparative analysis of data collected during the national childhood vaccination campaign over the years 2005, 2006, 2007, 2008 and 2009; needs assessment comparative analysis found in children from the area around the health center, with the needs assessment submitted by AMAS, referring to the Northeast regional and municipality of Belo Horizonte in 2005 and 2008, search of patient records, to verify attendance in operative groups, comparing the number of live births in the catchments area in that year, the number of children that year, assisted by the dental sector. It was found that there was a reduction of more than 50% in the index of needs for dental treatment in this age range. In 2005, Belo Horizonte had 64.1% of its children without dental treatment, the northeast region represented 73.4% and 74.9% Maria Goretti HC. In 2008, Belo Horizonte had 61.0% of its children without disabilities, the region northeast showed 59.6% and 88.1% Maria Goretti HC. The frequency of children in the operating groups was around 64%. 55% of the children born from 2004 have already been examined by the dental team. It was found that there was a significant improvement in oral health status, coverage was still low and should be more widely among the team of health and population of the area of reach; the clinics for babies are a strategy with great effectiveness for early childhood.

Key-words: Health promotion. Oral health. Children

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Códigos e Critérios de Classificação do levantamento de necessidades em Saúde Bucal;

Tabela 1: Levantamento por faixa etária dos usuários adscritos na área de abrangência de Centro de Saúde Maria Goretti;

Tabela 2: Codificação encontrada em crianças de 0 a 5 anos, pertencentes à área de abrangência do CS Maria Goretti;

Tabela 3: Distribuição das crianças de 0 a 6 anos por código e percentual, segundo os Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde / Belo Horizonte/ 2005;

Tabela 4: Distribuição das crianças de 0 a 6 anos por código e percentual, segundo os Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde / Belo Horizonte/ 2008;

Tabela 5: Numero de crianças agendadas e que compareceram aos grupos operativos;

Tabela 6: Codificação das crianças avaliadas nos grupos operativos de acordo com o ano de nascimento.

Tabela 7: Cobertura do programa de atenção à SB em relação ao nº de nascidos vivos em cada ano.

ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMAS – Associação Municipal de Assistência Social

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-Dentista

CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

CS – Centro de Saúde

CTSB – Coordenação Técnica de Saúde Bucal

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

GEAS – Gerência de Atenção à Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não governamental

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PSF – Programa de Saúde da Família

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais

SESP – Fundação de Serviços Especiais

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
1.1.	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO C.S. MARIA GORETTI.....	12
1.1.1.	Recursos de Saúde:	12
1.1.2.	Aspectos ambientais:.....	13
1.1.3.	Aspectos sócio-Econômicos:	13
1.1.4.	Rede Social:.....	13
1.1.5.	Meio de transporte:	14
2.	JUSTIFICATIVA.....	17
3.	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1.	PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	18
3.2.	A LINHA DO CUIDADO	21
4.	OBJETIVOS.....	24
5.	METODOLOGIA	24
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
7.	CONCLUSÕES.....	31
8.	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

A assistência odontológica pública no Brasil antecede o Sistema Único de Saúde. Historicamente iniciou-se nos anos 50 a partir dos modelos de assistência a escolares preconizados pela então Fundação de Serviços Especiais (SESP). O modelo prevalente que se estabeleceu foi o sistema incremental que centralizava suas ações especialmente aos escolares de 7 a 14 anos de idade. Caracterizava-se por ações individuais e curativas associadas a ações preventivas de aplicações de flúor. Isto ocorreu de forma sistemática em quase todos os municípios brasileiros até a década de 80. (ALBA, GARCIA ET AL., 2008.)

A prática odontológica era pouco impactante, na medida em que se reproduzia uma abordagem essencialmente curativa, que apenas atenuava os sintomas da cárie nos indivíduos em tratamento. Era uma prática excludente, onde apenas escolares de 7 a 14 anos tinham acesso aos serviços. Para o restante da população a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as entidades filantrópicas (ALBA, GARCIA ET AL., 2008).

A década de 1990 foi marcada pelo estabelecimento de novas formas de financiamento das ações e serviços de saúde, pelo avanço no processo de municipalização, no qual se destacou o município de Belo Horizonte, e pela criação do Programa de Saúde da Família (PSF), uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde. Esta considerada, na verdade, pelo Ministério da Saúde “o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível” (BRASIL, 2004, p. 13).

A implantação do SUS desencadeou mudanças concretas nos serviços de saúde de Belo Horizonte, principalmente com a implantação do acolhimento e do Programa de Saúde da Família/BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em 1996 os profissionais da odontologia foram transferidos para os Centros de Saúde (CS) com a missão de ampliar os serviços e prestarem atendimento à toda a população, que apresentava uma grande necessidade acumulada.

Hoje com a Estratégia da Saúde da Família, o trabalho é realizado de acordo com:

- Os princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, regionalização, controle social).
- As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (qualificação, resolubilidade, territorialização, planejamento, vigilância à saúde, trabalho interdisciplinar, monitoramento, criação de vínculo, responsabilização e educação continuada).
- Os princípios da Promoção à Saúde (educação em saúde, intersetorialidade, desenvolvimento comunitário, construção de políticas saudáveis).
- Os princípios da Atenção Primária (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, enfoque comunitário e abordagem familiar). LINHA-GUIA SAÚDE BUCAL – SES/MG

1.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO C.S. MARIA GORETTI

Centro de Saúde Maria Goretti encontra-se situado no Distrito Sanitário Nordeste (Regional Nordeste do Município de Belo Horizonte), limitado geograficamente pela BR-262, Rodovia MG-05, fazendo divisas com o C.S. São Paulo e C.S. São Marcos.

1.1.1. Recursos de Saúde:

É subdividido em 17 setores censitários, sendo que 8 destes setores são classificados quanto à vulnerabilidade social em Alto Risco e 9 em Médio Risco. Em sua área de abrangência está adscrita uma população de aproximadamente 14 mil habitantes. Atuando no Programa Estratégia da Saúde da Família existem três Equipes de Saúde da Família (ESF), com proposta de implantar a quarta equipe. Possui duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) sendo uma equipe composta de

Cirurgião-dentista (CD), Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e a outra equipe com um CD e um ASB.

1.1.2. Aspectos ambientais:

Composto por mais ou menos 90 ruas, caracteriza-se pela presença de gases/resíduos poluentes, aliada a poluição industrial da região metropolitana, possui relevo acidentado, com solo úmido e ocorrência de várias nascentes e pontos de alagamento nas épocas de chuva. Existem ainda vários terrenos baldios, com acúmulo de entulho, lixo e mato. [Nas ruas, a presença de animais soltos (cachorros e gatos) é constante.]

1.1.3. Aspectos sócio-Econômicos:

100% das casas possuem rede de esgoto; iluminação pública; sistema público de abastecimento de água e casas de alvenaria.

1% da população é analfabeta; 2% cursam ou concluíram ensino superior; 100% das crianças de 7 a 14 anos estão na escola; 70% de adolescentes entre 15-19 anos cursam o 2º grau; 4% dos adultos entre 20-49 anos voltaram aos estudos do ensino fundamental e médio; 90% das crianças entre 1 e 4 anos estão em escolinhas, embora o bairro não possua creches conveniadas à PBH.

Os recursos econômicos são provenientes de renda de aposentadorias, trabalhadores formais e informais, sendo que mais ou menos 80% da população têm renda mensal de até 2 salários mínimos e mais ou menos 10% recebem bolsa-família.

1.1.4. Rede Social:

Possui em torno de 300 estabelecimentos comerciais (sendo 42 bares); Existem 2 Igrejas Católicas com suas pastorais e cerca de 28 Igrejas Evangélicas; 3 Escolas Estaduais, 2 até 5º ano e 1 do 6º ao 9º ano e ensino médio; 6 escolinhas infantis particulares, 2 que possuíam convênio com PBH foram fechadas no fim de 2008; 1 Centro Comunitário; 1 Biblioteca Comunitária; 1 ONG; Associação São Vicente de Paula.

1.1.5. Meio de transporte:

Existem 3 linhas de ônibus que percorrem o bairro, alguns moradores possuem transporte próprio, outros utilizam motos, bicicletas ou carroças.

Tabela 1: Número de usuários adscritos na área de abrangência do Centro de Saúde Maria Goretti, por faixa etária, em 2008

Idade	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Usuários	145	708	1.215	1.139	1.267	3.886	1.922	1.391	1.629	13.302

Fonte: Gerepi-ne

A atenção em saúde bucal, no C.S. Maria Goretti é realizada, seguindo os princípios já citados, adotando as linhas do cuidado, onde as diversas faixas etárias são divididas por ciclos de vida (do bebê, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), por condições fisiológicas (gestação) e por condições patológicas (pessoas portadoras de doenças – com necessidades especiais).

O cuidado com as gestantes e crianças de 0 a 5 anos, objeto deste estudo se encontra detalhado na justificativa.

Às crianças acima de 6 anos e adolescentes, são encaminhadas pela ESF, em caso de prioridade, ou são oferecidas 10 vagas semanais para a demanda espontânea, quando terminam o tratamento individual são agendadas para grupos, onde realizam escovação supervisionadas a cada mês, bimestral, ou trimestral, conforme a atividade da doença, para controle e motivação periódica.

Os adultos são encaminhados pela ESF em caso de necessidade imediata, são captados nos grupos operacionais existentes no CS e são ofertadas em média 10 vagas semanais para a demanda espontânea.

As urgências são acolhidas diariamente e atendidas ou encaminhadas conforme o protocolo de atenção odontológica de BH, as pessoas com maior necessidade são agendadas para tratamento seqüencial (equidade).

É realizada distribuição trimestral de kit (dentífrico e escova dental) para as famílias inscritas no programa de Bolsa Família.

Durante Campanha Nacional de Vacinação Infantil, as crianças menores de 5 anos são codificadas pelo Levantamento de Necessidades adotado em Belo

Horizonte e chamadas para atendimento conforme a classificação. Até 2008 as escolinhas conveniadas com a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) recebiam a visita de uma ASB da Associação Municipal de Assistência Social (AMAS) que realizava os procedimentos preventivos e codificava as crianças, encaminhando-as ao CS para atendimento individual.

Durante Campanha Nacional de Vacinação dos Idosos é realizada a avaliação da mucosa bucal, com o objetivo de detecção precoce do câncer de boca, momento em são orientados quanto ao autocuidado, cuidado com as próteses e quando apresentam candidíase são medicados e orientados. São codificados através do levantamento de necessidades e agendados para tratamento individual conforme a necessidade apresentada. Em caso de idosos dependentes, o cuidador é orientado sobre como manter a saúde bucal do idoso.

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são, na maioria das vezes, realizados pela verificação de dentes cariados, perdidos e obturados (Índice CPO-D), método que, pela abrangência, é o mais aceito e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para diferentes faixas etárias e, em especial, para crianças em idade escolar. (FREIRE; BATISTA, 1997; TAVARES; BASTOS, 1999).

O Levantamento de Necessidades é um instrumento de vigilância epidemiológica que mensura as necessidades individuais e coletivas em saúde bucal. Trata-se de um recurso de planejamento local, criado pelos trabalhadores da rede SUS-BH nos anos 90 e aprimorado ao longo do tempo. Refere-se a um exame visual da cavidade bucal e registro dos dados em um formulário para a posterior análise e tomada de decisões na assistência à saúde. É utilizado com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, subsidiando o agendamento para o atendimento individual e orientando a frequência da participação das pessoas nos procedimentos coletivos. Trata-se de um indicador individual que gera uma classificação coletiva. Possibilita uma configuração quantificada 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.

O levantamento de necessidades pode ser feito por qualquer profissional, desde que devidamente orientado para este fim. O levantamento de necessidades

em saúde bucal pode ser aplicado em grupos populacionais previamente definidos (moradores de uma micro-área, crianças de uma escola, de uma creche, trabalhadores de uma empresa, pessoas internados em um hospital, idosos que moram numa instituição de longa permanência, pessoas que participam de algum evento como na campanha de vacinação, por exemplo, entre outros). Também pode ser usado na rotina de atendimento dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (como porta de entrada para o sistema local). Em Belo Horizonte, o levantamento de necessidades também foi usado na atenção básica, como forma de eliminar os antigos “Livros Pretos”. Desta forma, a equipe consegue visualizar o perfil da demanda e programar as ações em saúde bucal, respeitando o princípio da equidade.(CTSB-PBH)

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 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração
4	Apresenta 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. a doença periodontal apresenta-se como o maior problema
* Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda	

Fonte: SMSA/BH

2. JUSTIFICATIVA

Algumas crianças de 0 a 5 anos, que procuravam o C.S. Maria Goretti, apresentavam um grande número de cavidades de cárie e outras não apresentavam nenhuma, esse fato chamou a atenção da ESB, que resolveu realizar um trabalho para verificar quais fatores interferiam com a saúde bucal destas crianças. Neste trabalho foi avaliada a importância dos fatores sócio-econômicos, fatores nutricionais e o conhecimento dos pais quanto aos cuidados preventivos em relação à saúde bucal e suas influências sobre a necessidade de tratamento.

Como resultado, observou-se que:

Quanto ao fator sócio-econômico da população pesquisada são muito parecidos quanto à moradia, saneamento básico, estar ou não inscrito no programa bolsa família e renda mensal familiar, não apresentando significância estatística. Quanto à nutrição, os hábitos culturais são muito semelhantes, assim o uso de mamadeira, amamentação noturna ou consumo de açúcar, não apresentou significância estatística.

Quanto ao conhecimento dos pais em relação aos cuidados preventivos relacionados à saúde bucal, observou-se que o cuidador (mãe, avó ou creche) não apresentou significância estatística. O fato de a escovação ser realizada pela própria criança, com a ajuda de um adulto ou ser feita pelo adulto, também não apresentou significância estatística. O grau de escolaridade dos pais foi o único fator que apresentou significância estatística ($p=0,06$), sendo constatado que quanto maior o grau de escolaridade dos pais, melhores as condições de saúde bucal dos filhos.

Diante deste resultado, o setor de odontologia criou um programa de prevenção à cárie para crianças de 0 a 5 anos, em um trabalho em equipe com os pediatras, ginecologista, generalistas, enfermeiras e ACS (Agente Comunitário de Saúde) que integram a equipe de saúde do C.S. Maria Goretti:

O ginecologista ou equipe do PSF encaminha as pacientes que fazem o pré-natal para atendimento odontológico, onde elas recebem orientação preventiva, promoção de saúde e tratamento restaurador quando necessário;

Os pediatras, durante as consultas de puericultura encaminham todas as crianças que completam 01 ano de idade para participarem de um grupo operativo,

onde as mães são orientadas sobre a erupção dentária, prevenção de acidentes, uso racional do açúcar, higiene bucal, prevenção de hábitos nocivos, alimentação saudável, etc. Após a discussão em grupo e esclarecimento das dúvidas, os bebês são avaliados individualmente e caso necessário, as mães recebem orientação específica. Caso apresentem manchas brancas é executada fluoroterapia durante 4 a 6 semanas;

Aos dois anos ela é novamente agendada para o grupo operativo, para reforço dos cuidados com a saúde bucal e orientação para desmame e esclarecimento das dúvidas remoção de mamadeiras e chupetas. Após a discussão em grupo e o esclarecimento das dúvidas apresentadas, as crianças são avaliadas individualmente, as mães são orientadas e caso necessário, aplicado o flúor nas manchas brancas existentes;

Para as crianças de 0 a dois anos de idade, indica-se realizar o rastreamento das doenças bucais na posição joelho-jelho, onde a criança fica com a cabeça no colo do dentista e com o tronco e pernas no colo da mãe. Esta posição pode ser indicada, inclusive, para o tratamento restaurador atraumático.

Aos três anos a criança é novamente agendada para o grupo, onde recebe reforço sobre as orientações para uma boa saúde bucal, as dúvidas são esclarecidas e as crianças são encaminhadas para o escovário, é realizada a evidenciação de placas e mostrado às mães e às crianças. É realizada a escovação supervisionada e as crianças são examinadas individualmente no consultório odontológico. Recebem aplicação tópica de flúor e são agendadas para tratamento restaurador, quando necessário.

Aos quatro e aos cinco anos, passam pelo mesmo atendimento que aos três, chamando a atenção para os cuidados com os primeiros molares quando da sua erupção na cavidade bucal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A cárie dentária é uma doença multifatorial e, para desenvolver-se, são necessários três fatores interagindo em condições críticas, representados pelo

hospedeiro susceptível, colonização bucal por microorganismos cariogênicos e consumo frequente de carboidratos. (THYLSTRUP; FEJERSKOV,1995; JORGE, 1998).

Sua manifestação depende da somatória de fatores relacionados diretamente à resistência do hospedeiro, à dieta e a microbiota presente na cavidade bucal, aliados ainda ao fator tempo. Tem sido bem documentado a diminuição da cárie em diversos países do mundo. Esta queda teve como fator primeiro, o uso disseminado de flúor, principalmente devido à adição de flúor à água de abastecimento público e à obrigatoriedade de adição de fluoretos em dentifrícios fabricados no país. Fatores associados à educação em saúde bucal, tais como: melhoria da higiene bucal, modificações na dieta e maior acesso ao cirurgião dentista devem também ser relatados.(PINTO, 2000)

Porém, apesar do número de profissionais no mercado ter aumentado, ainda há um nível baixo de utilização de serviços odontológicos, sendo a participação do SUS nos atendimentos odontológico muito menor que na atenção médica (BARROS E BERTOLD, 2002)

Ainda assim, apesar da possibilidade de prevenção, a cárie continua sendo a doença de origem bucal mais prevalente na população, sendo por isso, considerado um problema de saúde pública.

Os baixos índices de cárie apresentados através dos levantamentos epidemiológicos não indicam que todas as pessoas tenham alguns dentes acometidos pela doença. Mas, o que ocorre atualmente é um grande grupo de crianças livres de cárie (ou seja, sem doença) e um pequeno grupo com vários dentes acometidos pela doença, fenômeno este descrito como “polarização da cárie”(SALES-PERES; BASTOS, 2002)

Nos países desenvolvidos tem ocorrido declínio na prevalência e severidade da cárie, devido principalmente ao aumento da exposição ao flúor, modificações no padrão e na quantidade de consumo de açúcar, maior acesso aos serviços odontológicos e ampliação da educação em saúde bucal. Em contrapartida, em países subdesenvolvidos observa-se o inverso, uma vez que a condição socioeconômica da população tem influência direta na prevalência da doença, havendo, além disso, necessidade de medidas sociais, e não apenas de mudanças

dos hábitos individuais (MEDEIROS; PARAIZO, 1990; FREIRE; BATISTA, 1997, 1999; LALLOO; MYBURGH; HOBDEL, 1999)

Nesse sentido, NARVAI ET AL. Ao analisarem a evolução da experiência de cárie dentária entre escolares brasileiros no período de 1980 a 2003, verificaram que os valores de CPO-D indicaram um nível alto de cárie dentária nos anos 1980, declinando para um nível moderado nos anos 1990 até 2003, concluindo que um declínio relevante do CPO-D foi observado no período do estudo, sendo a hipótese explicativa mais plausível a elevação no acesso a água e creme dental fluorado e as mudanças nos programas de saúde bucal coletiva, porém a distribuição da cárie passou a se concentrar numa proporção menor de indivíduos.

Existe ainda, uma variedade de fatores não-clínico, muitas vezes responsável por um maior risco à cárie, embora de forma indireta. Por exemplo, indivíduos desempregados, (situação econômica ruim), condições de moradia insalubre, baixo nível de instrução dos pais, número de indivíduos na família, frequência de consultas odontológicas, podem ter como consequência indireta uma dieta mais cariogênica, higiene bucal deficiente, problemas salivares devido a estados de ansiedade e estresse, além de inacessibilidade ou deficiência a métodos preventivos (FERRANTE ET COL., 1976; TOMITA ET COL., 1996).

A renda familiar é destacada segundo LOCKER E FORD (1994), como representante dos fatores sociais para a saúde bucal. Associação significativa também tem sido demonstrada quanto ao grau de instrução elevado dos pais acompanhado de maiores oportunidades de acesso à informação e à saúde. Com relação aos fatores comportamentais, o consumo de produtos cariogênicos tem sido considerado de alta relevância (PERES ET COL., 2000).

Um estado saudável não é assegurado pela ausência de doença, podendo até mesmo ser compatível com certo nível da mesma. Essa idéia representa um afastamento muito grande do modelo médico clássico, fundamentado especialmente na presença ou não de moléstias. Saúde e doença são determinadas por fatores sociais, econômicos e psicológicos, sendo pouco influenciados por serviços médicos, ou mesmo por medidas de saúde pública. Mais importante é a incorporação das preocupações com a saúde nas discussões e implementação de políticas macro e nível local, tais como decisões nas áreas econômicas e política. Os

cinco princípios da promoção de saúde, definidos pela Organização Mundial de Saúde na Ottawa Charter for Health Promotion, são: desenvolvimento de habilidades pessoais; ação comunitária; política pública saudável; existência de um ambiente de apoio adequado; reorientação do serviço de saúde, dentro do que se pode considerar com o sendo a nova saúde pública na qual a saúde é cada vez mais buscada por meio de atividades de agências outras que não o serviço médico. (CAUFIELD, P. W ET AL.,1993, MILIO,1993, PINTO,2000).

3.2. A LINHA DO CUIDADO

A atenção à saúde bucal da criança começa com a linha do cuidado da saúde da mulher. Condições favoráveis antes e durante a gravidez promovem a saúde dos dentes, a prevenção de problemas ortodônticos e da fala. Inicialmente deve-se tentar conhecer qual a importância atribuída pela gestante à sua saúde bucal e os hábitos que desenvolve. Este conhecimento irá permitir a construção de vínculos e laços de confiança que possibilitam o desenvolvimento de ações cuidadoras e estímulo à autonomia de mães e crianças em relação à saúde bucal. Na gestação são importantes os cuidados com a alimentação, ingestão de medicamentos, consumo de álcool, fumo e drogas e sua relação com o desenvolvimento dos dentes/boca da criança. Após o nascimento, destaca-se a importância do aleitamento, hábitos alimentares (uso racional do açúcar), riscos da cárie e outras doenças que afetam a boca, medicamentos que podem interferir sobre as estruturas dentárias, a cronologia da erupção dos dentes e alterações que possam se manifestar, uso de chupetas, cuidados com a higiene bucal. (SMSA/GEAS – Agenda de compromissos pela saúde integral da criança e adolescente – PBH)

O controle dos fatores envolvidos na etiologia da cárie é fundamental para que se limite o comprometimento da dentição. Nesse sentido, a manutenção das superfícies dentárias livres de placa bacteriana e o controle da dieta têm se mostrado adequado. O método de maior eficácia para a eliminação de placa bacteriana é a remoção mecânica, com escovação dentária e uso do fio dental (SCHAEKEN; CREUGERS; VAN DER HOUVEN, 1987). No entanto, faz-se necessária motivação e adequação das medidas de higiene bucal que devem ser realizadas por crianças em idade escolar e pré-escolar sob supervisão dos pais ou responsável.

Um programa de instrução de higiene oral, de forma individual ou coletiva, consome tempo e requer freqüente motivação. Estudos de longa duração sobre a eficiência da instrução do paciente e de programas de motivação em adolescentes demonstram que são necessárias 3,5 horas de instruções e motivação para se obter reduções clínicas significativas de níveis de placa individuais (ALBANDAR & COL., 1994; ALBANDAR E COL., 1995)

O processo de educação e de mudança de hábitos de higiene bucal deve ser realizado o mais precocemente possível, envolvendo tanto o paciente quanto os seus cuidadores, como pais, avós, babás, e professores, visto que a criança espelha-se nas ações e nos hábitos dos adultos para desenvolver suas próprias ações e hábitos. (PEREIRA, 2003)

Na maioria das abordagens utilizadas na educação em saúde bucal, existe grande preocupação em descrever os aspectos biológicos das doenças bucais, desprezando a importância de se questionar e entender o contexto da vida humana em que esse fenômeno ocorre. Através da reflexão da ineficácia destes programas conclui-se que os aspectos biológicos das doenças não são estímulos suficientes para criar ou mudar hábitos. Assim sendo, o conhecimento científico sobre os cuidados com a saúde bucal, devem ser apropriados a cada segmento da sociedade, enquanto ampliação e consolidação da cidadania e, sobretudo trabalhar tais conhecimentos com enfoque para o autocuidado e valorização do corpo enquanto ser social e fonte de prazer (MARTINS, 1998).

A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, assim como a melhora na auto-estima (MCKEOWN, 1982; MINAYO, 1989; MINAYO, 1993).

No caso específico da promoção de saúde em crianças, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância da saúde bucal para a saúde geral de seus filhos. É importante enfatizar a co-responsabilidade dos pais na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos, uma vez que é comum o fato de alguns pais ao levarem as crianças para avaliação odontológica sentirem-se livres das responsabilidades com os cuidados de higiene bucal, transferindo para o dentista toda a responsabilidade de promover sua saúde bucal.

A implantação do programa de educação em saúde deve ser realizada após o diagnóstico da população-alvo. Desta forma é importante analisar as necessidades de saúde e bem estar do grupo, dentro do contexto bio-psico-social, não esquecendo os aspectos familiares e culturais em que estão inseridas. Devido às variantes sociais, étnicas e culturais existentes em nosso país, é difícil estabelecer um padrão de comportamento ideal. Este contexto permeia e influencia as questões de saúde e os estilos de vida da comunidade onde as crianças vivem, tornando-as o retrato fiel de sua realidade social e o reflexo das contradições do sistema político e econômico pelo qual passa o país (BREILH, 1989; TEIXEIRA, 1989; BERND, 1992).

A orientação e educação do núcleo familiar, segundo FINN (1976), FERREIRA e GAIVA (2001) e ZAVANELLI et al. (2000), são estratégias para a incorporação de hábitos saudáveis que refletirão diretamente na qualidade de vida das crianças. STECKSEN-BLICKS e HOLM (1995) verificaram que a participação dos pais na higienização da cavidade bucal de seus filhos tem um impacto positivo na diminuição da prevalência da cárie dentária e na incorporação de hábitos saudáveis.

Dentro dos aspectos a serem trabalhados STECKSEN-BLICKS e HOLM (1995), MOURA et al. (2000) e FRAIZ e WALTER (2001) ressaltam a importância da orientação de higiene bucal e de hábitos alimentares como assuntos de maior influência quando se pensa no desenvolvimento de cárie.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, realizado em 2003, quase 27% 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 60% das crianças de 5 anos de idade.

“OMS preconiza CPO-D menor que 1 em crianças de até 12 anos de idade e 90% das crianças entre 5 e 6 anos com ausência total de cárie”.

Crianças de 0 a 5 anos estão mais susceptíveis à cárie e podem apresentá-la de forma agressiva (cárie rampante ou de mamadeira) levando à destruição completa da coroa, em curto período de tempo, podendo evoluir para quadros tão severos que interfiram negativamente no crescimento e desenvolvimento das crianças afetadas. (ROBINSON & NYLOT, 1993).

Os primeiros molares permanentes são os dentes mais comprometidos por cáries, provavelmente por terem sua erupção concluída em torno dos 6 anos de idade, podem, portanto, ser confundido com dentes decíduos e, erroneamente, acabam por merecer menos atenção quanto à higiene bucal. Sua anatomia oclusal, fortemente caracterizada pela presença de fóssulas e fissuras, aumenta sobremaneira sua susceptibilidade à cárie. (PINE; PITTS; NERGENT, 1997).

A experiência prévia de cárie deve ser considerada, com objetivo de detectar indivíduos mais susceptíveis e instalar medidas preventivas e/ou terapêuticas adequadas.

MASSAO ET AL. (1996) Chamam a atenção para a importância da instalação de hábitos saudáveis em vez de modificações de hábitos inadequados, pois existe grande dificuldade em alterar posturas já estabelecidas e determinadas por fatores sócio-culturais.

4. OBJETIVOS

- Avaliar a eficácia do programa de saúde bucal, voltado para crianças de 0 a 5 anos;
- Avaliar as ações implementadas, no Centro de Saúde Maria Goretti, desde 2005, para atendimento às crianças nascidas a partir de 2004;
- Desenvolver uma proposta de intervenção, visando melhorias no programa avaliado.

5. METODOLOGIA

Foi realizada uma análise comparativa dos dados coletados através da classificação pelo Levantamento de Necessidades, realizado em menores de 5 anos durante as Campanhas Nacional de Vacinação Infantil realizadas nos anos de 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009.

A partir de 2005 é realizado um levantamento de necessidades de tratamento odontológico, no dia Nacional de Multivacinação Infantil, no horário de 8:00 às 17:00 horas, no próprio CS, com a utilização de duas mesas, no estacionamento do

mesmo, onde em uma mesa fica um CD que avalia a cavidade bucal das crianças e um ASB que anota a idade, nome, endereço, telefone e o código encontrado de cada criança avaliada. Em outra mesa fica o TSB que avalia a cavidade bucal das crianças e outro ASB que anota os dados encontrados. Esta avaliação se realiza sob luz natural, utilizando somente uma espátula de madeira para afastar a língua e bochechas, caneta azul e dois cadernos para anotação dos dados coletados. Estes registros permanecem no Centro de Saúde, sendo consolidados e encaminhados à Coordenação Técnica de Saúde Bucal (CTSB), o número de crianças avaliadas por códigos, lembrando que nesta faixa etária somente utilizamos os códigos, 0, 1, 2 e 3.

O CS possui dois portões, normalmente as crianças e seus responsáveis entram pelo portão principal, dirigem-se à mesa de vacinação, onde recebem a gotinha (vacina Sabin) e são orientadas a seguir para o estacionamento, passando pelas mesas de avaliação da saúde bucal, onde são codificadas. Pela proximidade com outros Centros de Saúde e por se tratar de um sábado, as crianças pertencentes a outras áreas de abrangência são levadas para vacinar no CS Maria Goretti. Estas crianças recebem orientação sobre o levantamento de necessidades e caso haja interesse dos pais, são avaliadas também. Anotando-se o endereço a qual Centro de Saúde pertence, facilitando assim a identificação das crianças pertencentes à área de abrangência do CS Maria Goretti;

Foi realizada uma análise comparativa de dados coletados através do Levantamento de Necessidades, no CS Maria Goretti com os dados apresentados pela AMAS, referentes à Regional Nordeste e ao município de Belo Horizonte, nos anos de 2005 e 2008;

Foi realizada uma busca em prontuários existentes no CS, pertencentes às crianças nascidas em 2004 até maio de 2009, para verificação da assiduidade e comprometimento com o grupo operativo; análise da abrangência do programa ao comparar o número de criança nascida em determinado ano com o número de crianças participantes dos trabalhos coletivos, bem como sua classificação quanto à necessidade de tratamento odontológico e quais procedimentos mais adequados em cada caso.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 2: Codificação encontrada em crianças de 0 a 5 anos, pertencentes à área de abrangência do CS Maria Goretti, por ano.

Código/Ano	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº cria	%	Nº cria	%	Nº cria	%	Nº cria	%	Nº cria	%
0	441	74,87	398	82,06	329	85,01	281	88,09	389	84,75
1	107	18,17	70	14,43	47	12,14	31	9,72	58	12,64
2	33	5,60	14	2,89	8	2,07	6	1,88	12	2,61
3	8	1,36	3	0,62	3	0,78	1	0,31	0	0
Total	589	100,00	485	100,00	387	100,00	319	100,00	459	100,00

Fonte: registros CS Maria Goretti

Houve uma diminuição progressiva e constante do número de necessidade de tratamento odontológico em crianças de 0 a 5 anos no CS Maria Goretti nos anos de 2005, 2006, 2007 e 2008. Em 2005 havia 74,87% de crianças sem necessidade de tratamento odontológico, em 2006 esse percentual passou a 82,06%, 2007 o percentual encontrado foi de 85,01%, em 2008 o percentual de crianças sem necessidade de tratamento passou a 88,09%, reduzindo em mais de 50% o número de necessidades de tratamento odontológico, nesta faixa etária. Houve um incremento maior de crianças com necessidade no ano de 2009, o percentual de crianças sem necessidade passou a 84,75%, valor este próximo ao valor encontrado em 2007 e um pouco mais alto que 2008, porém não foi encontrado nenhuma criança com código 3, sugerindo que a gravidade da doença e extensão das lesões têm diminuído, tendência esta observada pela equipe de saúde bucal da unidade, mas de difícil quantificação.

Como constatado por Caufield, P.W. ET AL., 1993; Milio, 1993 e Pinto, 2000, um estado saudável não é assegurado pela ausência de doença, podendo até mesmo ser compatível com certo nível da mesma.

Tabela de dados fornecida pela AMAS/SMSA referente a 2005 e 2008:

Tabela 3: Distribuição das crianças de 0 a 6 anos por código e percentual, segundo os Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde / Belo Horizonte / 2005

DISTRITO	0	%	1	%	2	%	3	%	TOTAL
PAMPULHA	481	68,81	152	21,75	47	6,72	19	2,72	699
VENDA NOVA	281	63,43	104	23,48	44	9,93	14	3,16	443
NOROESTE	1111	59,92	494	26,65	182	9,82	67	3,61	1854
CENTRO SUL	947	78,92	160	14,30	60	5,59	17	1,18	1184
OESTE	1087	62,54	454	26,12	165	9,49	32	1,84	1738
LESTE	1325	68,72	445	23,08	100	5,19	58	3,01	1928
BARREIRO	833	51,30	451	27,63	259	16,19	76	4,88	1619
NORTE	585	50,09	278	23,78	278	23,80	27	2,31	1168
NORDESTE	411	73,39	101	18,04	41	7,32	7	1,25	560
TOTAL	7061	64,12	2639	22,76	1176	10,45	317	2,66	11193

Fonte: AMAS / SMSA BH

Tabela 4: Distribuição das crianças de 0 a 6 anos por código e percentual, segundo os Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde / Belo Horizonte / 2008

DISTRITO	0	%	1	%	2	%	3	%	TOTAL
PAMPULHA	940	64,6	384	26,4	89	6,1	41	2,8	1454
VENDA NOVA	920	49,1	538	28,7	338	18,0	78	4,2	1874
NOROESTE	2631	69,7	908	24,1	193	5,1	43	1,1	3775
CENTRO SUL	1469	53,1	723	26,1	451	16,3	126	4,6	2769
OESTE	1798	58,7	873	28,5	332	10,8	61	2,0	3064
LESTE	2064	65,3	806	25,5	236	7,5	54	1,7	3160
BARREIRO	2189	63,7	880	25,6	295	8,6	70	2,0	3434
NORTE	1705	59,9	787	27,6	265	9,3	91	3,2	2848
NORDESTE	2308	59,6	1042	26,9	435	11,2	85	2,2	3870
TOTAL	16024	61,0	6941	26,4	2634	10,0	649	2,5	26248

Fonte: AMAS / SMSA BH

Na análise dos dados apresentados para o município de Belo Horizonte pode-se verificar que em 2005, BH apresentava 64,12% de crianças sem necessidade de tratamento odontológico, enquanto a Regional Nordeste apresentava 73,39%, 9,27%

melhor do que a média do município, e o CS Maria Goretti apresentava 74,87% de crianças sem necessidade de tratamento odontológico, 10,75% melhor que a média do município e 1,48% que a média da Regional Nordeste. Quanto à gravidade da necessidade podemos notar que o Município apresenta 22,76% de crianças com código 1, 10,45% de crianças código 2 e 2,66% de crianças com código 3, enquanto a Regional Nordeste apresenta 18,04% de crianças com código 1, 7,32% de crianças com código 2 e 1,25% de crianças com código 3, estando em todos os códigos abaixo do índice municipal. Já o CS Maria Goretti apresenta 18,17% de crianças com código 1, 5,60% de crianças com código 2 e 1,36% de crianças com código 3, mostrando que o grau de necessidade é menor que os índices municipais e da Regional Nordeste.

Na análise dos dados de 2008 pode-se constatar que BH apresenta 61,0% de crianças sem necessidades de tratamento, a Regional Nordeste apresenta 59,6% e o CS Maria Goretti 88,09% de crianças sem necessidade, valor este 27,09% melhor que a média de BH e 28,49% melhor que a média da Regional Nordeste. Quanto à gravidade das necessidades pode-se observar que BH apresenta 26,4% de crianças com código 1, 10,0% de crianças com código 2 e 2,5% de crianças com código 3. A Regional Nordeste apresenta 26,9% de crianças com código 1, 11,2% de crianças com código 2 e 2,2% de crianças com código 3. O CS Maria Goretti apresenta 9,7% de crianças com código 1, 1,88% de crianças com código 2 e 0,31% de crianças com código 3, mostrando índices bem menores que os de BH e os da Regional Nordeste.

É interessante observar que o número de crianças avaliadas em 2008 foi mais que o dobro das crianças avaliadas em 2005. Os dados referentes a 2009 no município e Regional Nordeste não foram disponibilizados ainda, portanto, não é possível saber se houve um aumento do índice ou uma tendência somente do CS Maria Goretti.

Tabela 5: Número de crianças agendadas e que compareceram ao grupo operativo.

Ano	Nº agendamentos	Nº comparecimentos	%
2005	63	40	63,49
2006	153	100	65,36
2007	272	174	63,97
2008	361	228	63,16
2009	202	113	55,94

Fonte: Registros do C.S. Maria

Goretti

No ano de 2005, as crianças ao completar 01 ano de idade foram agendadas para os grupos operativos. Em 2006, foram agendadas crianças com 01 e 02 anos. Em 2007, foram agendadas crianças de 01, 02 e 03 anos de idade. Em 2008, foram agendadas crianças de 01, 02, 03 e 04 anos de idade. Até maio de 2009 foram agendadas crianças de 01, 02, 03, 04 e 05 anos de idade. Pode-se observar que a frequência foi em torno de 64,00%, sendo que em 2009 houve uma diminuição na frequência aos grupos operativos.

Tabela 6: Codificação das crianças avaliadas nos grupos operativos de acordo com o ano de nascimento:

ANO / código	0	0 MB	1	2	3	Total
2004	58	6	17	13	2	96
2005	76	12	14	7	0	109
2006	75	10	7	6	0	98
2007	47	4	1	2	0	54
2008	17	0	0	0	0	17

Fonte: Registros CS Maria Goretti

Os responsáveis pelas crianças recebem orientação quanto à educação em saúde e as crianças que possuem código 0 são examinadas e orientadas a retornarem após um ano, caso não apareça nenhuma dúvida. Nas crianças com código 0 que apresentam manchas brancas são realizadas 4 a 6 sessões de fluoroterapia com intervalo de 7 dias entre cada sessão, e orientados a retornarem após um ano, ou a procurar o CS, caso notem alguma outra alteração na dentição da criança. Nas crianças que possuem código 1, 2 ou 3 é realizado o tratamento restaurador necessário e os responsáveis orientados a observar sempre a cavidade bucal da criança no momento da higienização, para verificação de alguma necessidade (novas cavidades, restauração soltas, etc.) e procurar o CS, ou retornar após um ano, caso esteja tudo bem.

Tabela 7: Cobertura do programa de atenção à SB em relação ao nº de nascidos vivos em cada ano:

Ano de nascimento	Nascidos vivos	Avaliados	%
2004	185	96	51,89
2005	194	109	56,19
2006	164	98	59,76
2007	162	54	33,33
2008	151	17	11,26

Fonte: Registros CS Maria Goretti

Pode-se constatar que a cobertura do programa de atenção à saúde bucal das crianças menores de 5 anos está alcançando em média 50% das crianças nascidas na área de abrangência, valor considerado baixo pela ESB.

7. CONCLUSÕES

De acordo com a análise dos dados apresentados é possível concluir que:

- Houve uma melhora significativa nos níveis de saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos no CS Maria Goretti, mostrando que estamos no caminho certo;
- A cobertura odontológica das crianças nascidas vivas na área de abrangência do CS Maria Goretti ainda é baixa, mostrando que em torno de 50% das crianças não foram avaliadas, e que, talvez o programa não esteja devidamente divulgado entre a equipe de saúde e a população da área de abrangência;
- As clínicas para bebês são uma estratégia com grande efetividade para crianças na primeira infância, principalmente associada ao trabalho em equipe, envolvendo outros profissionais como: enfermeiro, pediatras, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e agentes comunitários de saúde;
- A educação, mesmo que não oficial, a que ocorre dentro de cada família, é que influenciará na formação e instalação de hábitos nos primeiros anos de vida e acompanharão a criança durante seu desenvolvimento e por toda a fase adulta.

8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

- Sensibilizar e capacitar as Equipes de Saúde da Família, principalmente as Agentes Comunitárias de Saúde para que possam detectar as crianças mais vulneráveis e realizarem esta busca de uma forma mais efetiva e estas crianças cheguem ao serviço odontológico.
- Pensar formas de realizar oficinas e um trabalho mais lúdico com esta faixa etária, proporcionando uma maior participação nos grupos operativos.
- Sensibilizar a família das crianças de 0 a 5 anos para a importância dos cuidados com a saúde bucal, desde os primeiros meses de vida, objetivando uma dentição decídua saudável e conseqüentemente na permanente.
- Implantar um arquivo rotativo nos moldes do arquivo da vacinação infantil, que permitirá acesso às crianças, realizando uma busca ativa das crianças faltosas e um controle maior em todas as crianças menores de 5 anos na área de abrangência do Centro de Saúde Maria Goretti.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate*, n. 34, p. 33-39, mar. 1992.

2 - BREILH, J. *Saúde na Sociedade*. São Paulo: Cortez, 1989.

3 - CAUFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAIKE, A. P. Initial acquisition of *Mutans Streptococci* by infants: evidence of a discrete window of infectivity. J Dent Res, v. 72, n.1, p. 37-45, 1993

4 - FERREIRA, R. A. Em queda livre?. *Rev. Assoc. Paul Cir. Dent.*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 104-110, mar./abr.1998.

5 - FINN, S.B. Consejos a los padres y comportamiento del niño. In: *Odontologia pediátrica*. 4.ed. México: Interamericana, 1976. p. 14-28.

6 - FRAIZ, F. C.; WALTER, L. F. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados a carie. *J. Bras. Odontopediatria Odontol. Bebê*, Curitiba, v. 4, n.21, p. 398-404, set./out. 2001

7 - FREIRE, M. C. M.; BATISTA, S. M. O. Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em escolares de seis a doze anos de idade, Goiânia, GO, Brasil, 1994. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1-5, fev. 1997.

8 - LALLOO, R.; MYBURGH, N. G.; HOBDEL, M. H. Dental caries, socio-economic development and national oral health policies. *Int . Dent. J.*, v. 49, n. 4, p. 196-202, 1999.

9 - LINHA-GUIA SAÚDE BUCAL, Secretaria Estadual de Saúde do Est. Minas gerais,2006.

10 - MARTINS, E. M. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. *Cad Odont*, v. 1, n. 2, p. 30-40, 1998.

11 - MASSAO, J.M. et AL. Filosofia da clínica de bebês da Unigranrio – RJ – Ver.Bras. *Odontologia*, Rio de Janeiro, v.53, n:5, p.6-13,set/out 1996.

12 - MEDEIROS, U. V.; PARAIZO, C. A. Epidemiologia da cárie dentária em escolares no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Brasileira Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 23-28, nov./dez. 1990.

- 13 - MILIO, 1993
- 14 - MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO,1993.
- 15 - MOURA, L.F.A.D. et al. Avaliação da eficácia de métodos de higiene bucal em bebês. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê, Curitiba, v.3, n. 12, p.141-146 mar./ abr. 2000.
- 16 - NARVAI, P.C. et Col. Cárie dentária no Brasil: Declínio, polarização, iniquidades e exclusão social. Ver. Am. Salud Pública 2006; 19: 385-393.
- 17 - NICKEL, D. A, et Al. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil, Cad. Saúde Pública vol.24 n.2, Rio de Janeiro, fev. 2008.
- 18 - PEREIRA, A.C et Col. Odontologia em Saúde Coletiva, Planejando ações e promovendo saúde, ed. Artmed, Porto Alegre, RS, 2003, cap. 18, p.310-325.
- 19 - PINE, C.M.; PITTS, N.B.; NUGENT, Z.J. British Association for the Study of communiity Dentistig (BASCD) Guidance on samphig for surveys of child dental heath. A BASCD Coordinated dental epidemiology program quality standart. Comun. Dent. Health. V. 14, p 10-17.
- 20 - PINTO, V.G. Saúde Bucal Coletiva, 4 ed. São Paulo, Santos, p.541, 2000.
- 21 - SALES-PERES S.H.C.; BASTOS J.R.M. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região Centro-Oeste do estado de São Paulo. Cad. Saúde Pública 2002; 18: 1281-1288.
- 22 - STECKSÉN-BLICKS, C.; HOLM, A-K. Between-mealeating, tooth brushing frequencies and dental caries in 4 year-old children in the north of Sweden. Int. J. Paediatr. Dent., Oxford, v. 5, n. 2, p. 67-72, June, 1995.
- 23 - SCHAEKEN, M. J. M.; CREUGERS, T. J.; VAN DER HOUVEN, J. S. Relationship between dental plaque indices and bacteria in dental plaque and those in saliva. *J. Dent. Res.*, v. 66, n. 9., p. 1499-502, 1987.
- 24 - TEIXEIRA, S. M. E. Reforma sanitária: em Busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

25 - THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Diferentes Conceitos da Cárie Dentária e suas Implicações. In: *Cariologia Clínica*, 2. ed. São Paulo: Santos, 1995, cap. 9, p. 209-217.