

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

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE  
BUCAL E PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DO  
MUNICÍPIO DE ARAÚJOS - MINAS GERAIS**

**KARLA CRISTINA SBAMPATO NOGUEIRA**

**POMPÉU - MINAS GERAIS**

**2013**

KARLA CRISTINA SBAMPATO NOGUEIRA

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE  
BUCAL E PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DO  
MUNICÍPIO DE ARAÚJOS - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

POMPÉU - MINAS GERAIS

2013

KARLA CRISTINA SBAMPATO NOGUEIRA

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE  
BUCAL E PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DO  
MUNICÍPIO DE ARAÚJOS - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador  
Prof. Heriberto Fiuza Sanchez - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte em: 06/07/2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela vida, por estar sempre presente em todos os momentos.

Ao meu marido, Eduardo, pelo amor, companheirismo e apoio, e por compreender minhas ausências.

Aos meus pais, Fábio e Marlene, base de tudo, exemplos maiores de minha vida, pelo amor incondicional e pelo incentivo constante ao meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu irmão e cunhada, pelo apoio; e ao meu sobrinho Fred, pelo simples fato de existir.

À enfermeira Lucélia Xavier, pela disponibilidade e apoio.

Às crianças da creche e escolas municipais de Araújos, pelo carinho de sempre.

A todos os tutores e tutoras do CEABSF, pela atenção dispensada e pelo ensinamento durante todo o curso.

Ao meu orientador Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena, por estar sempre disponível e pelos conhecimentos repassados e necessários à conclusão deste trabalho.

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.”

*ALBERT EINSTEIN*

## RESUMO

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral da criança. A cárie dentária é uma doença frequente em crianças, podendo ter consequências significativas. Os cirurgiões-dentistas têm a responsabilidade de prevenir doenças, minimizar riscos e promover a saúde. As crianças e seus responsáveis também precisam ser despertados sobre os seus papéis nos cuidados com a saúde bucal. Quanto mais precocemente os comportamentos saudáveis relacionados à saúde bucal forem inseridos no contexto da criança, maior será a possibilidade das mesmas na manutenção da estabilidade da saúde ao longo dos anos. Foi realizada previamente uma revisão de literatura sobre a cárie dentária em crianças, sua prevenção e promoção da saúde bucal, usando-se os seguintes descritores: cárie dentária, promoção da saúde, saúde bucal, educação em saúde e odontologia preventiva. Os critérios de inclusão dos artigos foram: os artigos publicados a partir do ano 2000 e que abordassem a temática explicitada. Foram pesquisadas publicações acessíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, no site do Ministério da Saúde e artigos científicos disponíveis nas bases de dados SCIELO, LILACS, entre outros. Na tentativa de minimizar o problema da cárie dentária em crianças, o presente trabalho objetivou propor um plano de ação para ser implantado pela equipe de saúde bucal que apresente medidas de promoção à saúde bucal e prevenção à cárie dentária em crianças, desde a gestação. Foi realizada a revisão da literatura sobre a promoção da saúde bucal e a prevenção da cárie dentária em crianças, visando o embasamento teórico para a elaboração deste plano de ação. Ressalta-se a relevância do atendimento preventivo precoce, sendo esta uma estratégia fundamental na abordagem preventiva e promocional.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Cárie Dentária. Odontologia Preventiva. Saúde Bucal. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

Oral health is integral to overall health of the child. Dental caries is a common disease in children, and can have significant consequences. The dentists have a responsibility to prevent disease, reduce risk and promote health. Children and their parents also need to be awakened about their roles in oral health care. The earlier healthy behaviors oral health are placed in the context of the child, the greater the possibility thereof in maintaining the stability of health over the years. Was previously performed a literature review on dental caries in children, prevention and oral health promotion, using the following key words: dental caries, health promotion, oral health, health education and preventive dentistry. The criteria for inclusion of articles were published articles from 2000 that addressed the issue and explained. Were researched publications accessible in the virtual library of health, the website of the Ministry of Health and papers available in the databases SCIELO, LILACS, among others. In an attempt to minimize the problem of dental caries in children, the present study aimed to propose an action plan to be implemented by the oral health team to present measures to promote oral health and prevention of dental caries in children, from pregnancy. Was performed a literature review on the promotion of oral health and prevention of dental caries in children, seeking a theoretical basis for the development of this action plan. Emphasizes the importance of early preventive care, which is a key strategy in preventive and promotional approach.

**Keywords:** Health Promotion. Dental Caries. Preventive Dentistry. Oral Health. Health Education.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Levantamento das necessidades em saúde bucal, ano 2010.....	<b>38</b>
<b>Quadro 2</b> - Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF - Unidade 01 da cidade de Araújos - Minas Gerais.....	<b>41</b>
<b>Quadro 3</b> - Descritivos do problema “índice de cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos – Araújos, Minas Gerais.....	<b>42</b>
<b>Quadro 4 A</b> - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos- Minas Gerais, 2013: hábitos alimentares inadequados.....	<b>46</b>
<b>Quadro 4 B</b> - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos- Minas Gerais, 2013: hábitos de higiene bucal inadequados.....	<b>47</b>
<b>Quadro 4 C</b> - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos- Minas Gerais, 2013: nível de informação.....	<b>48</b>
<b>Quadro 4 D</b> - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos- Minas Gerais, 2013: estrutura dos serviços de saúde.....	<b>49</b>
<b>Quadro 4 E</b> - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos- Minas Gerais, 2013: processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.....	<b>49</b>
<b>Quadro 5</b> - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada.....	<b>50</b>
<b>Quadro 6 A</b> - Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema do alto índice de cárie dentária em escolares de dois a quatorze anos do município de Araújos - Minas Gerais.....	<b>51</b>



<b>Quadro 6 B - Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema do alto índice de cárie dentária em escolares de dois a quatorze anos do município de Araújo - Minas Gerais.....</b>	<b>52</b>
<b>Quadro 7 A - Plano Operativo do planejamento: responsáveis e prazos.....</b>	<b>53</b>
<b>Quadro 7 B - Plano Operativo do planejamento: responsáveis e prazos.....</b>	<b>54</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Esquema explicativo mostrando as causas e consequências do problema alto índice de cárie em escolares de dois a quatorze anos do município de Araújo - Minas Gerais..... **44**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AAPD</b>	American Academy of Pediatric Dentistry
<b>ACS</b>	Agente Comunitária de Saúde
<b>ASB</b>	Auxiliar de Saúde Bucal
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CEABSF</b>	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>Ceo-d</b>	Dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
<b>CLPE</b>	Cárie do lactente e do pré-escolar
<b>CPO-D</b>	Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
<b>CSI</b>	Cárie severa na infância
<b>DES/RE</b>	Desmineralização/Remineralização
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SB</b>	Saúde Bucal
<b>SIA/SUS</b>	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TSB</b>	Técnica em Saúde Bucal
<b>USB</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	JUSTIFICATIVA.....	13
3.	OBJETIVOS	
3.1	- Objetivo Geral.....	14
3.2	- Objetivos Específicos.....	14
4.	METODOLOGIA.....	15
5.	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
5.1	Cárie dentária: fatores etiológicos/risco.....	17
5.2	Cárie na infância: aspectos clínicos e efeitos biopsicossociais.....	21
5.3	Gestação: momento oportuno para promover saúde bucal.....	25
5.4	Abordagem multiprofissional/multidisciplinaridade.....	27
5.5	A importância das ações intersetoriais.....	29
5.6	Promoção da saúde bucal e prevenção da doença cárie.....	30
5.7	Abordagem familiar.....	34
5.8	Planejamento em saúde bucal.....	35
6.	A REALIDADE DA CÁRIE INFANTIL EM ARAÚJOS.....	37
7.	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	40
8.	DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS.....	55
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS..	59
	REFERÊNCIAS.....	61

# 1 INTRODUÇÃO

A Odontologia Preventiva tem se destacado na área da saúde. Os cuidados com a saúde bucal tem ido além de aspectos estéticos. No novo paradigma de saúde, se desperta uma maior consciência sobre a necessidade de se manter uma saúde bucal satisfatória que, por sua vez, é refletida na saúde geral. Os profissionais da saúde tem a responsabilidade de atuar na prevenção de doenças, minimizando os riscos e promovendo condições favoráveis para que se torne possível alcançar e manter a saúde bucal. Por outro lado, as crianças e seus pais/responsáveis também precisam ser conscientizados sobre os seus papéis nos cuidados com a saúde bucal (BARDAL *et al.*, 2011).

A cárie dental é a doença crônica mais comum na infância, consistindo em um grande problema para a saúde pública mundial. Um fator importante que deve ser levado em consideração é que ela pode ser prevenida, controlada ou mesmo revertida. Para prevenção, é necessário conhecer sua etiologia e os fatores de risco para o seu desenvolvimento (LOSSO *et al.*, 2009).

O papel dos dentistas dentro do contexto de saúde bucal da população infantil é de extrema importância, uma vez que esses profissionais detêm amplo conhecimento a respeito dos fatores etiológicos, meios de prevenção e controle das doenças bucais. A cárie dentária constitui-se numa doença de alta prevalência em todas as idades e seu controle está na dependência da educação e motivação do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 248). A responsabilidade profissional é ampliada a cada dia porque a maioria das mães e professores desconhece os sinais clínicos iniciais da doença cárie. Neste aspecto, o atendimento precoce e o uso de medidas preventivas adequadas permitem o controle da cárie e podem evitar a perda de elementos dentários (LIMA *et al.*, 2008, p. 367).

A disseminação desses conhecimentos, objetivando a promoção de saúde da população, portanto, representa o principal objetivo educacional a ser alcançado, cujo início deve ser precoce, através da orientação às gestantes e às mães de recém-nascidos, já que estas passam a ser as principais responsáveis pelo desenvolvimento de hábitos em seus filhos (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 248).

Através da capacitação da população para assumir a solução dos seus problemas de saúde, a partir da reflexão sobre eles, sem descartar suas condições sociais, será possível reverter o quadro precário da saúde bucal brasileira.

O diagnóstico situacional realizado no município de Araújos, Minas Gerais, em 2010, contribuiu para o conhecimento da área de abrangência da Equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Através dos dados coletados foi possível ter em mãos os problemas e agravos mais comuns da população assistida e a necessidade de intensificar ações de prevenção e promoção em saúde, reforçando a autonomia do usuário em relação ao autocuidado. Nele mostrou-se que o alto índice de cárie dentária em crianças foi considerado um dos principais problemas a serem enfrentados pela equipe de saúde. Outro problema enfrentado pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) do município é a não adscrição da clientela e a falta de territorialização.

Hábitos alimentares inadequados, como a alta frequência de ingestão de açúcares se relacionam não só com o aumento da cárie dentária, mas também com o aumento da obesidade e do diabetes. Os hábitos de higiene bucal inadequados, a falta de informação sobre os riscos e agravos/autocuidado em saúde bucal e a ausência de flúor na água de abastecimento público também se relacionam com o aumento de cárie em escolares. A estrutura dos serviços de saúde e do processo de trabalho interfere na resposta do sistema de saúde, levando à maior autonomia do paciente, melhorando a sua qualidade de vida, bem como melhor acompanhamento dos riscos e agravos em saúde bucal, diminuindo assim a ocorrência das consequências da cárie dentária citadas acima.

Em razão disso, o presente trabalho propõe-se a elaborar um plano de ação, com embasamento teórico através de uma revisão da literatura, com ênfase nas ações de promoção da saúde bucal e prevenção da cárie dentária em crianças. Ressalta-se a relevância do atendimento preventivo precoce, na intenção de deter a instalação e o curso da doença, visando sempre à qualidade de vida e, assim, obter melhorias nos índices epidemiológicos da doença em crianças residentes no município de Araújos/Minas Gerais.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica por considerar necessário e urgente a melhoria dos índices de cárie em crianças em idade pré-escolar e escolar do município de Araújos. A cárie dentária ainda se configura como em dos principais problemas a serem equacionados.

O alto índice de cárie dentária em crianças sugere que é preciso focar em ações educativas, de promoção à saúde bucal e de prevenção à cárie na infância, desde a gestação.

O trabalho proposto tem relevância à medida que procura sensibilizar a equipe de saúde da família, gestor, pais e educadores para a importância da educação, prevenção e promoção da saúde bucal na diminuição da cárie, da dor, problemas estéticos, funcionais e sociais relacionados à cárie dentária na infância. Assim, justifica-se a elaboração de um plano de intervenção que apresente ações e medidas de prevenção e promoção em saúde bucal.

Este estudo contribui para a formação de um profissional que exerça suas atividades em consonância com as atuais diretrizes da atenção básica, do Programa de Saúde da Família, avançando em direção a uma prática baseada na prevenção e promoção da saúde bucal.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Buscar conhecimentos suficientes a respeito das ações de prevenção da cárie dentária e promoção da saúde bucal em crianças, para que um plano de intervenção possa ser elaborado e aplicado no contexto da Atenção Primária à Saúde como uma alternativa para evitar ou, pelo menos, reduzir o índice de cárie em crianças em idade pré-escolar e escolar no município de Araújos - Minas Gerais.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Propor um plano de ação que contemple medidas e ações de prevenção e promoção que ajudem na redução e controle da cárie em crianças no município de Araújos, Minas Gerais;
- ✓ Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a cárie dentária em crianças, incluindo os fatores de risco;
- ✓ Identificar as formas de prevenção da doença cárie e de promoção à saúde bucal em crianças, desde a gestação;
- ✓ Destacar o papel da equipe de saúde da família no desenvolvimento das práticas educativas, de promoção à saúde bucal e prevenção à cárie;
- ✓ Sensibilizar as crianças com relação à importância dos cuidados com a sua saúde bucal;
- ✓ Ampliar o conhecimento dos pais/responsáveis quanto à importância de cuidar da saúde bucal de seus filhos, através de hábitos corretos de higiene bucal, alimentação saudável e conhecimento dos fatores causais da cárie;
- ✓ Propor a contratação de recursos humanos capacitados para compor a ESB e submetê-los a um programa de educação permanente;
- ✓ Contribuir para melhorar a qualidade de vida e preservação da saúde bucal das crianças.



## 4 METODOLOGIA

O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

De acordo com Campos, Farias e Santos (2010):

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p. 20).

Para a elaboração da proposta do plano de intervenção, foram realizadas três etapas: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão de literatura e a elaboração do plano de ação propriamente dito.

O Diagnóstico Situacional realizado em 2010 embasou-se no método da Estimativa Rápida que, segundo Campos *et.al* (2010), constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas.

O embasamento teórico para a realização do presente trabalho foi a partir de artigos encontrados nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram pesquisados os sites científicos SCIELO e LILACS; sites institucionais (Ministério da Saúde), Google Acadêmico, além de livros e revistas que fazem referência sobre o tema proposto. Foram utilizados também, como fontes da pesquisa bibliográfica, módulos do CEABSF e a Biblioteca Virtual do Nescon-Programa Ágora. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados a partir do ano 2000 e que abordassem a temática explicitada. Para a pesquisa serão utilizados os seguintes descritores: “cárie dentária”, “saúde bucal”, “promoção da saúde”, “educação em saúde”, “odontologia preventiva”.

Assim, na tentativa de minimizar o problema da cárie dentária em crianças, buscou-se a elaboração de um plano de ação para ser implantado pela equipe de saúde bucal,

seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABSF, que consiste na identificação e priorização dos problemas a serem enfrentados através de um processo participativo e elaboração das soluções para o enfrentamento destes problemas através de estratégias viáveis para alcançar os objetivos propostos.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) priorizou o problema do alto índice de cáries em escolares da rede municipal de ensino do município de Araújo, elaborando um plano de intervenção.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Cárie dentária: Fatores etiológicos/risco

A doença cárie tem etiologia multifatorial. Desenvolve-se a partir da presença do biofilme dental, que é o responsável por mediar a desmineralização dos tecidos dentários denominados como esmalte e dentina. Para sua ocorrência, há a necessidade da interação de três fatores: micro-organismos cariogênicos (*Streptococcus mutans*), substrato fermentável (como a sacarose) e um hospedeiro vulnerável (LOESCHE, 1986 *apud* LOSSO *et al.*, 2009). Ainda fatores moduladores da doença como a saliva e o pH participam nesta combinação. A interação desses fatores por um período de tempo propicia o desenvolvimento da doença cárie, que se inicia com o aparecimento de mancha branca opaca, sem cavitação, na superfície do dente, resultante da desmineralização do esmalte dentário (LOSSO *et al.*, 2009). Esta patologia é ocasionada pelo desequilíbrio eletrolítico no meio bucal, tornando o esmalte dentário subsaturado em relação à saliva, desmineralizando-o (ALMEIDA *et al.*, 2010).

#### 5.1.1 Micro-organismos Cariogênicos

O *Streptococcus mutans* é um micro-organismo sacarose-dependente e com uma boa tolerância aos ácidos, tornando-o um oportunista no momento de desequilíbrio da cavidade oral causando assim lesões cariosas (PAULA *et al.*, 2009). Esse patógeno, juntamente com o *Streptococcus sobrinus*, são capazes de colonizar a superfície do dente e produzir ácidos em velocidade superior à capacidade de neutralização do biofilme em ambiente abaixo do pH crítico (menor que 5,5), permitindo a dissolução do esmalte (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

A infecção por *Streptococcus mutans* tem um papel importante na instalação e evolução da doença. A transmissibilidade vertical de micro-organismos ocorre principalmente da saliva das mães ou de cuidadores com altos níveis de *S. mutans*. Quando as mães apresentam alta concentração de *S. mutans* na saliva, os filhos são infectados precocemente e têm maior prevalência de cárie (LOSSO *et al.*, 2009). Sendo assim, a infecção da criança depende do nível de infecção da mãe ou da pessoa que mais tiver contato com ela. Foram também descritas transmissões horizontais em berçários de creches e intrafamiliares. A gravidade da cárie do lactente e do pré-escolar (CLPE) está diretamente relacionada à

precocidade da instalação dos estreptococos do grupo *mutans* na criança (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Devemos observar que, em se tratando de crianças pequenas e recém-nascidas, essa transmissibilidade ocorre, de forma geral, de mãe para filho, e em menor escala, da babá para a criança, de forma direta ou indireta. Na forma direta, a transmissão ocorre através do contato físico, como beijos e abraços. Já na forma indireta, quando a mãe ou babá leva a colher do bebê à boca, seja para provar o alimento (sabor, temperatura, etc.), seja para promover o resfriamento do mesmo através do sopro (CAVALCANTI, 2003).

Admite-se que essas bactérias necessitem de superfícies não-descamativas para colonizar, porque sua positividade aumenta com o número de dentes erupcionados e com a idade. No período denominado “janela de infectividade”, o qual corresponde à erupção dos incisivos inferiores (6 meses) e dos molares superiores (24 meses), há maior aquisição de estreptococos. Outros micro-organismos envolvidos, como os lactobacilos, encontram-se associados à progressão de uma lesão já instalada, e não à iniciação da cárie propriamente dita (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

### **5.1.2 Dieta Cariogênica**

O substrato é essencial para a viabilidade, proliferação e agregação celular. É forte a associação entre frequência de ingestão de carboidratos, principalmente a sacarose, e o desenvolvimento da doença cárie, sobretudo se esse contato ocorre entre as refeições e no período de sono, quando o efeito protetor da saliva está ausente, pois o fluxo salivar é reduzido (LOSSO *et al.*, 2009). Outros açúcares envolvidos na cariogênese são a glicose e a frutose, encontrados no mel e nas frutas (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Uma simples exposição aos alimentos cariogênicos não é fator de risco para a cárie, e sim o frequente e prolongado contato desses substratos com os dentes (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004). A sacarose ingerida entre as refeições e na forma pegajosa determina sua permanência por longo período na cavidade bucal, ampliando o seu efeito cariogênico (FADEL, 2003).

Na criança, hábitos como o uso irrestrito de mamadeira, dormir mamando (sucos de frutas industrializados, chás adoçados, leite fermentado, leite com carboidratos fermentáveis como farináceos e açúcar) estão associados ao desenvolvimento da cárie severa na infância. Dentre os hábitos familiares, os que mais contribuem para o desenvolvimento da

cárie severa na infância (CSI) são dormir com mamadeira, dificuldade na higiene dental da criança e manter líquidos na boca por períodos prolongados, principalmente durante o sono (LOSSO *et al.*, 2009).

O hábito de mamar ou consumir bebidas açucaradas antes de adormecer ou ainda durante o sono, aliado a não realização da higiene bucal adequada, é prejudicial no tocante à atividade da doença cárie. Como consequência desses hábitos de aleitamento do bebê e de uma dieta desfavorável, podem acontecer perdas dentárias precoces e alterações oclusais (SILVA *et al.*, 2010, p. 459). O fluxo salivar e a frequência de deglutição estão diminuídos durante o sono, permitindo uma estagnação do líquido ao redor dos dentes, iniciando um processo contínuo de perdas minerais. O fluxo das glândulas salivares e o posicionamento da língua durante a sucção protegem os incisivos inferiores (BARROS *et al.*, 2001).

Muitos medicamentos líquidos pediátricos apresentam açúcares em sua composição a fim de mascarar o gosto desagradável de alguns ingredientes ativos. Dentre esses açúcares, destaca-se a utilização da sacarose, o que constitui uma preocupação para a saúde bucal de crianças, uma vez que vários estudos demonstraram o aumento da prevalência da doença cárie, relacionando-o à ingestão frequente desses medicamentos líquidos infantis (NEVES *et al.*, 2007). Crianças com doenças crônicas que fazem uso contínuo de medicamentos contendo sacarose, na forma líquida ou comprimido mastigável, via oral, com administrações repetidas e algumas em período de sono, podem apresentar risco se houver ausência de higiene após a administração dos mesmos. Isto ocorre devido à alta concentração de sacarose em tais drogas (HEBLING *et al.*, 2002).

### **5.1.3 Hospedeiro Suscetível**

Os fatores de risco do hospedeiro para o desenvolvimento de cáries são: esmalte pós-eruptivo ainda imaturo; presença de defeitos no esmalte, caracterizados especialmente pela hipoplasia; morfologia e características genéticas do próprio dente (tamanho, superfície, profundidade de fossas e fissuras); e apinhamento dentário (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

A saliva tem importante papel protetor dos tecidos bucais. A xerostomia leva à diminuição das ações de limpeza mecânica e diluição das substâncias ingeridas, entre elas a sacarose, a qual permite que estas sejam deglutidas sem que promovam alterações de pH na cavidade bucal. Outra implicação da xerostomia sobre a saúde bucal é a facilitação da proliferação bacteriana e da formação do biofilme (PALMIER *et al.*, 2011). As situações

individuais que diminuem o fluxo salivar e, conseqüentemente, sua capacidade tampão, tal como ocorre durante o sono das crianças, aumentam a suscetibilidade do dente à cárie (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

A manutenção constante do flúor na cavidade bucal é importante para a resistência do esmalte, interferindo na dinâmica do processo de cárie, reduzindo a quantidade de minerais perdidos durante a desmineralização e ativando a resposta na remineralização. Na realidade, o flúor não impede o surgimento da cárie, mas é extremamente eficiente em reduzir a sua progressão, devendo ser enfatizado o controle da placa dental e da dieta para maximizar o efeito deste mineral. A frequência diária de escovação dentária com dentifrício fluoretado e a escovação antes de dormir são importantes medidas para o controle da doença, pois mantêm a concentração de flúor na saliva por um período maior (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004). Indivíduos que bebem regularmente água fluoretada terão uma concentração de flúor na saliva ligeiramente elevada em relação àqueles que não ingerem, o que confere eficácia a esse meio de utilização de flúor (BRASIL, 2009).

#### **5.1.4 Fatores de Risco Associados**

As condições de saúde bucal de uma população são determinadas pela interação de vários fatores. Atualmente, além dos aspectos biológicos e comportamentais historicamente abordados como prioritários na literatura científica, apontam-se os determinantes socioeconômicos envolvidos no adoecimento bucal. Além disso, reconhece-se que saúde e doença são fenômenos estabelecidos culturalmente por meio da realidade social. Assim, o contexto familiar com suas características socioeconômicas e culturais próprias é reconhecido como relevante na promoção da saúde devido ao seu papel no desenvolvimento humano (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Para que a cárie se instale, principalmente na primeira infância, múltiplos fatores de risco são apontados e frequentemente associados: a condição socioeconômica, valores e educação familiar, nutrição, higiene bucal e acesso e acompanhamento odontológico. Deve-se considerar, ainda, a “cultura odontológica”, incluindo a valorização dada à saúde bucal no ambiente em que o indivíduo vive e, neste sentido, a família desempenha papel fundamental (VIEIRA; KARBAGE, 2011).

A associação entre riscos sociais e biológicos acumulados ao longo da vida e a ocorrência de cárie também tem sido objeto de estudos. Se à problemática biológica das

crianças for associado a um contexto ambiental de pobreza, o risco de adoecimento é potencializado. Quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior a sua severidade (LOPES *et al.*, 2009, p. 429).

Características comportamentais sempre estiveram relacionadas à experiência de cárie. Em se tratando de crianças, deve-se considerar também o estilo de vida de seus cuidadores. Existe relação direta entre fatores maternos, tais como cáries ativas e consumo de açúcar, e status do índice de número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados (ceo-d) na criança (LOSSO *et al.*, 2009).

O nível de escolaridade tem sido considerado um importante indicador socioeconômico, e a educação materna está relacionada à prevalência de cárie dental, assim como o nível de escolaridade dos pais. Estudos encontraram maior possibilidade de filhos com ceo-d igual a zero quando as mães eram mais velhas, tinham maior escolaridade e ocupação profissional mais elevada (PERES *et al.*, 2000).

Sendo assim, o tipo de ocupação dos responsáveis pela família, renda e escolaridade dos responsáveis pela família, tem sido relacionados aos graus de severidade da cárie dentária. Quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior a sua severidade. Grau de instrução elevado vem acompanhado de mais oportunidades de acesso à informação sobre saúde. Crianças que convivem com adultos, nessa condição, estão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudáveis (PERES *et al.*, 2000).

No entanto, sabe-se que tais fatores de risco podem ser controlados em fase precoce com programas educativos e preventivos que visam à promoção da saúde por meio de mudanças nos hábitos de higiene e de dieta (BARROS *et al.*, 2001). Estudos realizados por Davidoff *et al.* (2005) evidenciam a necessidade do acesso de crianças a programas de atenção em saúde bucal, preferencialmente, durante o primeiro ano de vida. A atenção à saúde bucal deve iniciar-se em idade precoce por causa da oportunidade que existe de prevenir os sinais e sintomas da cárie ou de minimizar sua incidência e extensão.

## **5.2 Cárie na Infância: Aspectos Clínicos e Efeitos Biopsicossociais**

A American Academy of Pediatric Dentistry sugere nos dias atuais o termo cárie precoce na infância para a presença de um ou mais dentes decíduos cariados, perdidos ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Já em crianças na primeira infância, ou seja, com

menos de 36 meses, a doença é tida como cárie severa da infância, tendo natureza rampante, aguda e progressiva (SILVA *et al.*, 2010).

A ingestão descontrolada de alimentos ricos em carboidratos associados à ausência de higiene bucal é fator de risco para o desenvolvimento da doença cárie na infância. Lamentavelmente, a lesão de cárie em dentes decíduos é encarada com normalidade e considerada uma fatalidade, pois muitas mães desconhecem que esta doença pode ser prevenida (GUIMARÃES *et al.*, 2004). Nem todas tem acesso a informações sobre como higienizar corretamente os dentes dos filhos (CRUZ *et al.*, 2004). Os pediatras são os primeiros profissionais da saúde a fazer contato com os bebês e seus pais, porém possuem um conhecimento vago sobre saúde bucal, indicando que deve haver uma maior interação entre a Medicina Pediátrica e a Odontologia para bebês (SANTIAGO *et al.*, 2002). Além disso, a maioria dos pais leva seus filhos ao dentista em idade atrasada para uma atenção precoce e a presença de lesões de cárie se constitui no principal motivo da consulta (SILVA, 2005).

O sinal clínico inicial da doença cárie na infância é a presença de manchas brancas e opacas, que são áreas desmineralizadas pela presença de biofilme dental (LOSSO *et al.*, 2009). Quando os fatores etiológicos não são retirados nem as medidas cabíveis para a sua estabilização tomadas, a doença progride (SILVA *et al.*, 2010). A evolução é o aparecimento de cavidades com perda de estrutura dental que, se não interrompida, pode levar a destruição de toda a coroa do dente e com processos infecciosos radiculares em decorrência da necrose pulpar. A cárie severa na infância (CSI) apresenta um padrão de desenvolvimento que é definido e simétrico, iniciando pelo terço cervical da face vestibular dos dentes anteriores superiores. Em seguida, acomete a superfície oclusal dos primeiros molares superiores e inferiores e segundos molares superiores e inferiores. Nos estágios mais avançados, acometem também os incisivos inferiores (LOSSO *et al.*, 2009).

Na fase inicial, somente o esmalte dental é afetado e manchas brancas e opacas são visualizadas. O tratamento consiste na mudança de hábitos alimentares, higiene bucal e aplicação tópica de flúor. Se ocorrer a evolução da doença cárie, há o envolvimento da dentina e cavidades serão observadas. Neste estágio, o tratamento passa a ser restaurador e preventivo. Quando há modificação da dieta e instituição de hábitos de higiene, a dentina anteriormente de consistência clara, amolecida (cárie aguda) e com sintomatologia dolorosa, passa a apresentar uma dentina de coloração escura, consistência endurecida e sem sintomatologia dolorosa, representando uma lesão crônica de cárie dental (LOSSO *et al.*, 2009).



Com o desenvolvimento de cavidades de lesões de cárie, a criança passa a apresentar um quadro de infecção, dor, dificuldade de mastigação, trauma psicológico e perda prematura dos dentes. A dor de origem dentária é a consequência imediata mais comum de cáries não tratadas. Crianças com dor de dente têm suas atividades cotidianas afetadas, como comer, dormir e brincar. Além disso, sabe-se que tal dor pode afetar o rendimento escolar e ser razão para falta à escola (LOSSO *et al.*, 2009).

A perda precoce dos dentes decíduos deve ser evitada, pois esses são de grande importância para o adequado desenvolvimento e crescimento dos arcos maxilares, organização correta da oclusão e função mastigatória e fonoarticulatória. A perda dos dentes pode acarretar sérias consequências para a dentição permanente. Quando a perda ocorre na região ânterosuperior, pode desenvolver deglutição e fonação atípicas, provocar atraso ou aceleração na erupção dos dentes permanentes, dificultar a alimentação e favorecer a instalação de prováveis problemas ortodônticos, além de afetar psicologicamente a criança. A perda precoce de dentes posteriores (molares decíduos) leva a uma dificuldade mastigatória, além da possibilidade de perda de espaço para o dente permanente sucessor. Além disso, cáries na primeira infância têm sido associadas às atividades posteriores de cárie durante a infância e na dentição permanente (LOSSO *et al.*, 2009).

Através do estudo realizado por Feldens *et al.* (2005), concluiu-se que perda precoce de pelo menos um molar decíduo e número de molares decíduos cariados, perdidos e obturados estão fortemente associados com experiência de cárie em primeiros molares permanentes em crianças de 6 a 9 anos de idade. Isto nos permite identificar as crianças que devem ser alvo de programas preventivos. Estudo realizado por Cypriano *et al.* (2003), também cita que a importância do conhecimento sobre a experiência de cárie na dentição decídua deve-se ao fato de ter sido considerada o mais forte preditor de cárie na dentição permanente podendo sugerir se o meio bucal estará favorável ou não durante a erupção dos primeiros molares permanentes já que estes dentes apresentam-se mais suscetíveis à cárie.

A reabilitação dos dentes comprometidos por cárie precoce da infância pode ser complexa e cara. Além dos prejuízos físicos, destaca-se a possibilidade de danos psicológicos provocados pela doença à criança, bem como aos familiares e às pessoas de seu convívio. Os aspectos psicossociais e comportamentais devem ser avaliados, compondo um tratamento efetivo da cárie precoce (SILVA, 2010, p. 461).

A AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) também considera como fator de risco para desenvolvimento da doença cárie o aleitamento materno com livre

demanda após a erupção dos dentes e o uso de chupetas imersas em substâncias açucaradas (LOSSO *et al.*, 2009).

Portanto, a cárie na infância interfere tanto na qualidade de vida da criança quanto na da família. O impacto que esta condição exerce se faz sentir tanto imediata quanto tardiamente, com redução na capacidade de aprendizagem e falta das crianças à escola, e falta ao trabalho por parte dos pais. A cárie é também capaz de refletir no comportamento social das crianças que, muitas vezes, são motivo de zombaria pelos colegas.

A maior capacidade de aprendizado da criança se dá no período desde o nascimento até o sexto ano de vida. Neste período o cérebro passa por grande parte de seu desenvolvimento (GAIARSA, 2008). Com base na literatura científica percebe-se que a promoção da saúde em pré-escolares é um ato relevante nesta altura da vida, na medida em que estes indivíduos podem adquirir conhecimento e incorporar hábitos saudáveis precocemente, sendo que tais hábitos podem se prolongar ao longo de sua existência. Recomenda-se que o trabalho de promoção-prevenção seja estendido aos pais e cuidadores para que as atividades possam ser direcionadas em diferentes momentos e contextos do desenvolvimento infantil, contribuindo inclusive no contexto dos fatores de risco (VENÂNCIO *et al.*, 2011).

É interessante observar que as escolhas alimentares das crianças dependem do que lhes é disponibilizado pelos pais, o que pode condicionar os padrões futuros de aceitação, influenciando inclusive as pré-disposições gustativas individuais. Assim, as vontades e escolhas alimentares das crianças são determinadas, em grande parte, pelos padrões de consumo que se reproduzem de geração para geração, o que pode perpetuar, por sua vez, padrões familiares de saúde/doença. Além disso, parece ser consenso que, entre os pais, a mãe normalmente é a maior responsável pelos cuidados com a criança nos primeiros cinco anos de vida, incluindo a alimentação. A disponibilidade dos alimentos é usualmente controlada pelos pais, mais comumente pela mãe, indicando que ela deve ser o maior foco de orientação para a orientação em relação à dieta e, mais especificamente, orientações que visem ao controle da cárie (FELDENS *et al.*, 2010).

A dor e o sofrimento da criança podem ser evitados pelos cirurgiões-dentistas e/ou pelos pais e/ou responsáveis, desde que esses conheçam mais os fatores determinantes dessa doença e passem a compreender cárie dentária como uma doença crônico-degenerativa. Pois a etiologia da cárie precoce é mais bem compreendida quando se observa o envolvimento de três fatores primários pré-disponentes da doença em um determinado momento da vida da criança, ou seja, (1) o tempo demasiado de líquidos fermentáveis na boca da criança –

exposição prolongada, (2) sendo oferecidos várias vezes ao dia, entre as refeições principais, incluindo durante a noite e (3) a ausência de higiene bucal adequada (CÔRREA, 2005).

O maior conhecimento em relação aos fatores responsáveis pelo processo de início e progressão de doenças relacionadas à estagnação da placa bacteriana tem valorizado a implementação de programas educativos, aplicados prioritariamente a grupos de maior risco ao desenvolvimento das mesmas. Considerando uma Odontologia voltada para a promoção de saúde, a educação desempenha um papel fundamental no sucesso de qualquer programa odontológico (ZANIN, 2004). Isto leva não só à mudança de hábitos como também à redução nos índices e progressão de doenças como cárie e doenças gengivais em crianças.

Fatores de risco, tais como higiene bucal deficiente, amamentação noturna e elevado consumo de açúcar, contaminação precoce por *Streptococcus* do grupo mutans e falta de conhecimento dos pais, propiciam aos bebês o aparecimento da doença cárie em rápida evolução (FERNANDES *et.al.*, 2010, p.5).

### **5.3 Gestação: Momento oportuno para promover saúde bucal**

Pode-se verificar que as gestantes não têm sido orientadas sobre os cuidados com a própria saúde bucal durante a gestação, nem sobre a necessidade de procurar o tratamento odontológico neste período e, muito menos, a respeito da saúde bucal de bebês. O pré-natal que vem sendo realizado na prática parece excluir a saúde bucal das gestantes. Ou terá sido a Odontologia que, de certo modo, se excluiu da saúde geral e, portanto, também da atenção pré-natal? (FINKLER *et al.*, 2004).

A Odontopediatria objetiva que o paciente atinja a idade adulta livre das doenças que acometem a cavidade bucal. Seu campo de ação deve ser iniciado durante a gestação, sendo continuado, após o nascimento do bebê. O processo preventivo das doenças bucais inicia ainda no período gestacional, através de uma alimentação materna adequada, rica em elementos vitamínicos, necessários à formação dentária. Além disso, informações sobre os cuidados bucais relacionados à gestante e ao bebê fazem parte do exame pré-natal neste período (FERNANDES *et al.*, 2010).

A gravidez é um período que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas. Assim, torna-se uma etapa favorável para a promoção de saúde, pela possibilidade de estabelecimento, incorporação e mudanças de hábitos, pois esse período remete a uma série de dúvidas que podem estimular a gestante a buscar informações e, com isso, adquirir novas e

melhores práticas de saúde. Dessa forma, é possível que se obtenham melhorias no autocuidado da gestante em relação à saúde bucal e conseqüente diminuição do aparecimento de cáries dentárias e da doença periodontal durante a gravidez (GARBIN *et al.*, 2005).

Pesquisas epidemiológicas em diferentes regiões demonstraram alta prevalência da doença cárie em bebês, enquanto que em grupos beneficiados por programas preventivos foi constatado um declínio dessa doença. Este declínio é alcançado quando a atenção odontológica acontece durante a gestação e nos primeiros meses de vida do bebê (KUHN & WAMBIER, 2007).

Os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, dentre elas a cárie dentária. A literatura tem demonstrado que mães bem informadas e motivadas cuidam melhor da saúde bucal de seus filhos. Neste sentido, o profissional de saúde, dependendo do grau de informação e da capacidade de transmiti-la, pode estimular ou não o autocuidado do binômio mãe-filho. Espera-se que tal profissional atue como importante agente em educação em saúde e, dessa forma, contribua com a desmistificação de medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante o pré-natal e também a alterações bucodentais atribuídas ao fato de se estar grávida (CODATO *et al.*, 2011).

Sendo assim, a educação prévia dos pais eliminando os fatores de risco em idade precoce, juntamente com o atendimento da criança o mais precocemente possível, é um dos fatores mais importantes na prevenção da cárie dentária em crianças, promovendo assim a saúde bucal.

A informação ou conhecimento materno prévio sobre hábitos adequados refletem em atitudes saudáveis em relação à saúde bucal de seus filhos. O envolvimento materno com medidas educativas e preventivas, em programas de promoção da saúde bucal, pode determinar redução na prevalência da cárie em bebês, promovendo resultados positivos, simples e de baixo custo (KUHN, 2002).

O desenvolvimento dos dentes decíduos tem seu início no período intrauterino, tornando-se importante o controle das doenças infecciosas e da dieta materna. Dessa forma, a prevenção da cárie na infância deve ter início na gestação. A consulta odontológica da gestante se torna importante para avaliar sua condição bucal, instituindo tratamento curativo ou preventivo, principalmente com motivação para os cuidados bucais, a fim de controlar os níveis de *S. mutans* e, dessa forma, diminuir a transmissão de bactérias cariogênicas para seus bebês.

Pensando-se na família como um espaço primário de relacionamento social, as mulheres e mães exercem uma influência especial, principalmente nas questões relacionadas à saúde, pois atuam como agentes produtoras e multiplicadoras de conhecimentos, informações e atitudes que visam à promoção da sua saúde e a de toda a sua família (COSTA, 2000).

O período da gestação é considerado um momento ímpar na vida da mulher, no qual ela demonstra estar bastante receptiva a informações relacionadas ao futuro filho, sendo por isso, a gestação, percebida como um momento privilegiado para o trabalho de educação em saúde (FINKLER *et al.*, 2004).

Mas para que as futuras mães possam desempenhar com efetividade a promoção de saúde, elas necessitam, primeiramente, serem pessoas saudáveis. Entretanto, é alta a prevalência de doenças bucais em gestantes. Sendo assim, as gestantes devem entender que o tratamento odontológico deve ser parte integrante dos cuidados pré-natais.

A orientação precoce da mãe envolve a orientação nutricional para o bebê, principalmente em relação à amamentação noturna e à época de desmame. Orientações preventivas quanto à higienização da boca e dos dentes do bebê/criança, controle da dieta e uso racional do flúor são também importantes e merecem destaque.

As bactérias bucais são transferidas pelos pais para o bebê durante os atos frequentes de acalantar, beijar e brincar, por isso o hábito de higiene bucal dos genitores é muito importante para a saúde oral do filho. A limpeza da cavidade bucal do bebê é outra maneira eficaz de prevenção à cárie, e deve ser realizada mesmo antes dos dentes da criança irromperem. O uso de chupetas associadas a açúcar, mel ou geleia, assim como o uso de mamadeira contendo leite, suco ou algo que não seja água pura durante várias vezes ao dia, deve ser evitado (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 249-50).

A aproximação entre gestantes, a odontologia e a equipe multiprofissional de saúde parece ser um desafio fundamental para o início de um ciclo de promoção de saúde bucal promissor, que exige, contudo, um repensar à formação de recursos humanos, com ênfase na dimensão educativa das práticas de saúde e no trabalho pré-natal interdisciplinar (FINKLER *et al.*, 2004).

#### **5.4 Abordagem Multiprofissional/Multidisciplinaridade**

Um fator importante a ser considerado é a necessidade de uma maior interação multiprofissional, viabilizando a participação do cirurgião-dentista nos exames pré-natais,

visto que será esse profissional quem fornecerá os primeiros cuidados no tocante à saúde bucal da criança e quem a acompanhará no decorrer dos primeiros anos (CAVALCANTI, 2003).

Magalhães *et al.* (2009) concordam que as estratégias educativopreventivas devem ser aplicadas em conjunto para uma maior eficácia na prevenção e manutenção da saúde, sendo importante, portanto, a interação entre diversos profissionais da saúde.

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma oportunidade de mudança no processo de trabalho na atenção básica. O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde (FACCIN, 2010).

Os pediatras são os primeiros profissionais da saúde a fazer contato com os bebês e seus pais, porém possuem um conhecimento vago sobre saúde bucal, indicando que deve haver uma maior interação entre a Medicina Pediátrica e a Odontologia para bebês (SANTIAGO *et al.*, 2002).

Para Granville-Garcia *et al.* (2002), o melhor caminho a ser seguido é a prevenção em fase precoce. Os autores afirmam que a interação entre as diferentes áreas da saúde se faz mister, para que sejam passadas orientações às mães e que estas possam cuidar melhor de sua saúde e da de seu filho. Com a interação harmônica entre profissionais e responsáveis por crianças na primeira infância, especialmente as mães, torna-se mais fácil a abordagem educativa e preventiva para o cuidado bucal. Sendo assim, a educação materna é o meio mais efetivo para a prevenção da cárie severa e precoce da infância.

A atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico e cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser —e se sentir— parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004).

## 5.5 A Importância das Ações Intersetoriais

O desenvolvimento de ações com base territorial, buscando a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias que garantam a construção da cidadania, é parte dos princípios gerais da atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Esta política aponta como atribuições de todos os profissionais das equipes de saúde, em especial aqueles atuando na Estratégia de Saúde da Família, desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins voltados para a promoção de saúde (MORETTI, 2010).

As ações intersetoriais estão ligadas à necessidade de adoção de uma prática de saúde pública em lugar de uma abordagem apenas individual, representando um esforço para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente para que conduzam a ambientes saudáveis (MINAS GERAIS, 2007, p. 79). Envolvem estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde (BRASIL, 2006, p. 24).

A ação intersetorial é também uma estratégia importante para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. As diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal indicam a necessidade de incorporação de ações programáticas abrangentes e o desenvolvimento de ações intersetoriais para reforçar a concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (MORETTI, 2010).

Como exemplo cita-se o apoio a ações e políticas que: (1) promovam desenvolvimento social; (2) possibilitem o acesso a saneamento básico e incentivem a fluoretação das águas de abastecimento; (3) contribuam para o combate ao fumo e uso de álcool; (4) incentivem dietas mais saudáveis; (5) contribuam para garantir proteção no trabalho; (6) contribuam para o trabalho transversal de conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, através da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB – Lei nº 9394/96), entre outras. Especificamente em relação à LDB, significaria discutir a saúde bucal em vários momentos e disciplinas escolares, de acordo com a realidade de cada escola, contribuindo para a construção de escolas saudáveis (BRASIL, 2006).

## 5.6 Promoção da saúde bucal e prevenção da doença cárie

### 5.6.1 Educação em saúde

O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário (MINAS GERAIS, 2007). Sua finalidade é difundir elementos, repetindo a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Observa-se que, na maioria das abordagens utilizadas em educação para a saúde bucal, existe grande preocupação em descrever os aspectos biológicos das doenças mais prevalentes da cavidade bucal, desprezando a importância de se questionar, compreender e aceitar o contexto da vida humana na qual esse fenômeno está ocorrendo (ALVES *et al.*, 2004).

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 autoestima. 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 corresponsabilidade 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 (ALVES *et al.*, 2004).

É preciso alertar os profissionais para a necessidade de repensar as estratégias de promoção de saúde prestadas meramente na transmissão de informações, pois estas, só terão sentido na vida das pessoas se forem constituídas de particularidades presentes em seus contextos sociais e familiares. Assim, é interessante proporcionar aos pais espaços de falas e exposições de ideias e dúvidas, para construir ações e orientações coerentes à suas realidades e às necessidades de seus filhos (MASSONI *et al.*, 2010).



No entanto, a mudança de atitudes é mais facilmente adquirida quando estas informações são obtidas por meio de profissionais qualificados e capacitados. Estes poderão ser capazes de construir junto com os pais e/ou responsáveis a melhor forma de colocar em prática as informações recebidas, ao passo que as informações obtidas através da mídia podem não ser exatas ou específicas, sofrer distorções ou dificuldades de entendimento (GUARIENTI *et al.*, 2009).

Para promover saúde, exige-se dos profissionais uma transição do olhar curativo para o preventivo. É importante também abandonar a postura coercitiva, muitas vezes presente na educação para a saúde, e adotar uma postura de aconselhamento e apoio, visando à autonomia do próprio indivíduo (SOUSA *et al.*, 2007).

A escola é uma importante instituição de educação, que colabora na formação de cidadãos promovendo a melhoria da qualidade de vida da sociedade. Um ambiente escolar saudável incentiva as crianças a agirem como agentes transformadores da realidade em benefício de suas próprias vidas. Portanto, em razão do seu constante convívio com escolares, professores podem colaborar com a educação em saúde, promovendo educação quanto aos cuidados com a saúde bucal, atuando como parceiro da saúde nos programas preventivos e educativos.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são os membros da equipe de saúde que atuam em maior proximidade com a comunidade e desempenham relevante papel como veículo multiplicador de conhecimentos e informações, mediando o saber popular e o técnicocientífico (NUNES *et al.*, 2002). Em face de sua ligação com a comunidade onde atua, o ACS imprime novas cores ao fazer saúde e, em especial, ao fazer saúde pública e coletiva (BUCHABQUI *et al.*, 2006). A visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para os ACS, pois é por meio dela que o agente conhece melhor as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo (BRASIL, 2001).

### **5.6.2 Controle da Dieta**

Entre os fatores comportamentais, os hábitos alimentares têm sido reconhecidos como um fator fundamental no processo de cárie dentária (VOLSCHAN; SOARES, 2003). Entre as medidas preventivas básicas preconizadas atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), está uma dieta alimentar balanceada, com redução de alimentos compostos por açúcares entre as refeições. Entretanto, orientações para práticas alimentares adequadas

representam um dos aspectos comumente negligenciados, tanto em programas preventivos quanto na rotina de atendimento clínico em Odontologia. Além disso, o desenvolvimento de hábitos alimentares ocorre nos primeiros anos de vida e práticas alimentares cariogênicas tendem a se perpetuar e representar um desafio para o controle da doença cárie na dentição mista (FELDENS *et al.*, 2010).

A introdução precoce do açúcar tem sido associada a uma modificação da percepção gustativa da criança, induzindo-a a não aceitar alimentos, mesmo naturais, se não estiverem adoçados. A pré-disposição para aceitar o doce e o salgado e rejeitar o amargo e o azedo está presente desde o nascimento, mesmo que o bebê não a manifeste verbalmente. Estas respostas podem se modificar de acordo com o aprendizado e práticas (FELDENS *et al.*, 2010).

Uma dieta adequada, balanceada e variada, que contenha todos os nutrientes indispensáveis para o desenvolvimento infantil é muito importante para a formação e manutenção de uma dentição saudável. A cárie que acomete bebês até mesmo no seu primeiro ano de vida é uma doença com estreita ligação com o hábito prolongado de amamentação e está diretamente relacionada ao conteúdo de carboidrato fermentável presente no líquido ingerido. A utilização irrestrita de chupetas adoçadas e de mamadeiras e o hábito de adormecer consumindo sucos industrializados, chás adoçados, leite com carboidratos fermentáveis, como farináceos, achocolatados e sacarose, são associados à cárie severa da infância. A atenção odontológica precoce deve envolver orientações sobre a dieta para o bebê, principalmente no que se refere à amamentação noturna e ao período de alimentação complementar (SILVA *et al.*, 2010).

### **5.6.3 Controle da Placa/Biofilme Dental**

Um dos principais e mais comuns desafios na prevenção em saúde bucal é o controle de placa dentária e, conseqüentemente, o controle da cárie dentária e da inflamação gengival. Métodos mecânicos como a utilização de escova dentária e fio dental, quando aplicados de forma eficiente, conseguem promover um correto controle de placa (BARDAL *et al.*, 2011). A equipe de saúde bucal exerce um papel fundamental na orientação e motivação dos pacientes para que a correta higienização bucal possa ser realizada de maneira frequente e eficaz.

O controle mecânico da placa bacteriana pode ser realizado pelo próprio indivíduo, através da escovação e uso do fio dental, ou por meio da profilaxia profissional. A escovação e uso do fio dental são medidas eficazes, bastante simples e amplamente utilizadas, porém, em se tratando de crianças, sua eficácia é diminuída devido às limitações psicomotoras próprias da idade, que dificultam o aprendizado e a realização adequada das técnicas. A realização da profilaxia profissional com uma maior frequência tem como intuito corrigir as deficiências da escovação no período em que o autocontrole se apresenta ineficiente (LIMA, 2009).

A desorganização do biofilme, através da escovação, impede que ele torne-se espesso, facilitando assim a autolimpeza pela saliva e equilibrando o processo de DES/RE. A higiene oral deficiente permite que um número maior de superfícies sejam cobertas por biofilme maduro tornando-as mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões cáries (PAULA *et al.*, 2009).

A criança adquire seu próprio hábito de escovação e do uso do fio dental através da observação direta e cópia do comportamento da mãe, sendo que esta, muitas vezes repete o que aprendeu com seus pais, que possivelmente não tiveram orientação quanto à higiene bucal (GUARIENTI *et al.*, 2009, p. 324-25).

#### **5.6.4 Uso Racional do Flúor**

Quando se discute saúde bucal, algumas estratégias já são conhecidas na área de prevenção e promoção da saúde, entre elas, pode-se destacar a fluoroterapia. O flúor, apesar dos problemas relacionados à fluorose dental, é uma forma importante e efetiva na redução da cárie em crianças. Vários programas desenvolvidos em escolas e abrigos utilizam a fluoroterapia, junto ao acompanhamento odontológico, como medidas preventivas. Além disso, a orientação profissional possibilita melhor desempenho na higiene dental, com efetiva redução de placa após escovação, maior frequência no uso de bochechos com flúor e fio dental, acesso à aplicação de selantes e, principalmente, acesso a uma educação preventiva e continuada (VIEIRA; KARBAGE, 2011).

No Brasil, as políticas direcionadas para a difusão do flúor – como na água de abastecimento público e nos dentifrícios – contribuíram sobremaneira para uma melhoria da saúde bucal dos indivíduos em geral (GALINDO *et al.*, 2005). No entanto, a redução da cárie dentária em pré-escolares ainda permanece como um desafio a ser superado, devido à sua alta prevalência nesta faixa etária (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Um fator importante a ser considerado é o uso racional do flúor devido ao aumento da prevalência de fluorose dentária. A fluorose é um distúrbio de caráter dose-dependente, apresentando um aspecto clínico diretamente relacionado à quantidade de flúor absorvido pelo indivíduo. Uma vez que a fluorose ocorre durante a amelogênese, a idade de risco para a dentição permanente é de onze meses a sete anos de idade (VILHENA *et al.*, 2008).

Um dos fatores atribuídos ao desenvolvimento da fluorose é o uso precoce de dentifrícios fluoretados e, conseqüentemente, a sua ingestão pela população infantil. Tendo em vista essas considerações, fica evidente que medidas para reduzir a ingestão de flúor pelas crianças são necessárias, pois desde que o dentifrício passou a ter flúor em sua composição, o mesmo deixou de ter apenas a função cosmética e assumir a função terapêutica (VILHENA *et al.*, 2008).

### **5.6.5 Controle Preventivo Periódico Profissional**

De acordo com os resultados obtidos no estudo de Kawagushi (1991), o atendimento de crianças no mínimo três vezes antes de completarem um ano e meio de idade pareceu ser o caminho mais efetivo na redução de cárie dental aos três anos de idade. Em associação, quanto maior a frequência das consultas, mais facilidade na mudança para a melhora dos hábitos alimentares e de higiene oral (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

É importante lembrar que a visita ao cirurgião-dentista deve acontecer, no mínimo, uma vez por ano. Exceto quando o grau de risco do paciente possa levá-lo mais vezes no ano ao consultório odontológico. Durante essa visita, o dentista irá conferir se a saúde bucal do paciente vai bem. Deve-se avaliar bem o risco de ocorrer cárie, doença periodontal e outras possíveis doenças da boca, e fazer um plano de prevenção e de tratamento do paciente, se necessário. Com tais procedimentos, a promoção e a proteção da saúde bucal estará sendo, efetivamente, realizada (DIAS, 2012).

## **5.7 Abordagem Familiar**

A atenção à saúde no contexto familiar vem sendo reafirmada como uma importante estratégia para a adequação do sistema de saúde vigente, em especial no que tange ao fortalecimento da atenção básica e na melhoria da qualidade de vida. Pois a família

representa o ambiente de formação de indivíduos conscientes de suas necessidades (MASSONI *et al.*, 2010, p. 258).

O cuidado com a saúde no contexto familiar é importante para a saúde bucal da criança. Uma vez que a cárie é considerada uma doença da infância, a melhoria do cuidado durante os anos pré-escolares reduziria a necessidade de futuras restaurações ou extrações. Assim sendo, observa-se que o cuidado que se processa no ambiente familiar e/ou espaços sociais assume grande centralidade na promoção da saúde bucal dos pré-escolares (LOPES *et al.*, 2005).

A criança tem seus cuidados e valores recebidos do núcleo familiar. Desse modo, devemos modificar os fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie com a família e principalmente buscar a prevenção. A prevenção é barata, mas requer esforços do núcleo familiar, que nem sempre tem conhecimento sobre as repercussões que a doença cárie pode causar, ou mesmo quando percebem, é porque está estabelecida repercutindo na vida da criança e da família (LOSSO *et al.*, 2009).

A equipe profissional deve se aproximar da realidade de cada núcleo familiar. Aproximações sucessivas com a realidade permitem uma abordagem mais adequada. Esse processo deve ser dinâmico, o que leva a família ao autoconhecimento e à percepção dos fatores associados à qualidade de vida.

É necessário o conhecimento das condições socioculturais das famílias com as quais se propõe trabalhar para que as estratégias de promoção de saúde bucal sejam planejadas com base em sua realidade (MASSONI *et al.*, 2010, p. 261-62).

O cirurgião-dentista é importante na socialização de informações adequadas para a manutenção da saúde bucal, além de ser um agente de transformação na melhoria da qualidade de vida da população assistida.

## **5.8 Planejamento em Saúde Bucal**

O planejamento das atividades de atenção à saúde, sejam elas preventivas, educativas ou curativas, numa abordagem individual ou coletiva, necessita ser baseado em informações e dados, o mais realistas possível, fornecendo um panorama da quantidade e intensidade com que um determinado problema atinge os diferentes grupos que compõe a população à qual se destina o programa de atendimento. Com a finalidade de conhecer as características da manifestação das doenças e dos agravos à saúde em uma população, o

planejador de levantamentos epidemiológicos que deverão determinar as ações e as atividades a serem desenvolvidas no programa proposto (SILVEIRA *et al.*, 2002).

Conhecer os hábitos, crenças, valores, a organização da comunidade onde os indivíduos estão inseridos, além do conceito de qualidade de vida e processo saúde/doença, permite a elaboração de estratégias coerentes com esta realidade, que poderão propiciar a aquisição e manutenção da saúde como um todo (GUARIENTI *et al.*, 2009).

Além de identificar algumas limitações na abordagem das ações de prevenção e promoção em saúde, verifica-se que, na saúde bucal, ainda são incipientes a utilização de estudos avaliativos e levantamento epidemiológico como norteador do planejamento e realização das ações (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Assim, o Ministério da Saúde (2006) expõe que a avaliação é essencial na atenção básica, sendo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) instrumentos de gestão importantes para subsidiar as tomadas de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos.

## 6 A REALIDADE DA CÁRIE INFANTIL EM ARAÚJOS-MG

Araújo é uma cidade com 7.883 habitantes, segundo dados do Censo realizado em 2010. Destes, 6.813 representam a população urbana e 1.070 a população rural. A área da saúde tem crescido a passos lentos. Araújo conta hoje com a Unidade de Prontoatendimento Municipal, a Farmácia Municipal, o Centro de Especialidades (Cemadi), o Centro Odontológico Municipal e duas Unidades do PSF.

De acordo com a Portaria nº 2.707 de 12 de novembro de 2008, duas ESB/PSF foram credenciadas no município de Araújo (uma modalidade I e uma modalidade II), mas apenas uma delas (modalidade I) está implantada. Dessa forma, temos uma equipe de saúde bucal (ESB-ESF) para duas equipes de saúde da família. Há ainda uma equipe de saúde bucal tradicional, com uma cirurgiã-dentista com carga horária de 20 h/semanais, que é também coordenadora de saúde bucal (a autora deste trabalho), e uma auxiliar de saúde bucal (ASB) não habilitada. O número de profissionais é insuficiente para que se possa oferecer um atendimento integral de qualidade à população. A demanda é muito grande e as vagas ofertadas não são suficientes para atender a todos que necessitam. Além disso, não há uma adscrição da clientela, não existe territorialização! O cirurgião-dentista da Saúde da Família atende toda a população, o que dificulta a criação do vínculo entre profissional e usuário. Este é um dos nossos grandes desafios a serem equacionados. No ano de 2010, a população coberta pela ESF era de 86% e da ESB de 43%.

Em Araújo não há Centro de Especialidade Odontológica. Os pacientes que necessitam de atendimento especializado, de média complexidade, deveriam ser referenciados para o CEO de Lagoa da Prata, mas este serviço não está funcionando desde o início de 2012.

Segundo dados do SIAB obtidos por ocasião do Diagnóstico Situacional realizado em 2010, o PSF 01 conta com uma população de 3.430 pessoas cadastradas, somando um total de 1.055 famílias (SIAB 12/2010). A população de 0 a 14 anos cadastrada nos dois PSFs é de 904 pessoas. Entretanto, para o levantamento de necessidades em saúde bucal foram examinados os escolares das escolas municipais e estadual pertencentes aos dois PSFs (1771 pessoas cadastradas nesta faixa etária), já que a ESB atende toda a população do município, sem adscrição de clientela.

**Quadro 1:** Levantamento das necessidades em saúde bucal (2010).

<b>RISCO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA: 2 a 14 ANOS</b>
<b>R1*</b>	114 (11,45%)
<b>R2**</b>	407 (40,86%)
<b>R3***</b>	475 (47,69%)
<b>Total examinado</b>	<b>996</b>

**FONTE:** Registros da UBS (2010).

**LEGENDA:**

\*Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:

1. Cárie ativa.
2. Doença periodontal ativa.
3. Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal.
4. Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros.
5. Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causados por alterações bucais.

\*\*Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador.

\*\*\*Ausência de atividades de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

O número de ações coletivas de escovação dentária supervisionada realizadas no ano de 2010 foi de 3203, que dá uma média mensal de 2,67, resultado este menor que o parâmetro do Estado, que é de 3,18.

De acordo com o último levantamento epidemiológico realizado em 2008, o CPOD-12 anos = 3,39 (resultado acima do parâmetro da OMS 2000, que é abaixo de 3); o CPOD-14 anos= 4,48; o Ceod-5 anos= 3,23; o Ceod-5 anos = 0 (crianças aos 5 anos livres de cáries): 28,99 (resultado abaixo do parâmetro da OMS 2000, que é de 50%).

No levantamento de necessidades em saúde bucal realizado pela ESB junto aos escolares do município em 2010, a prevalência (52,31%) de cárie dentária na faixa etária de 2 a 14 anos foi considerada alta. A ESB considera este alto índice de cárie um problema de grande relevância para o município, e quando não resolvido precocemente pode levar à perda prematura de dentes. O problema ainda interfere no rendimento escolar das crianças, que se ausentam da escola por problemas frequentes de dor de dente.



Sendo assim, foi proposto e elaborado um plano de intervenção, de acordo com o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, que será apresentado a seguir.

## **7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

O Diagnóstico Situacional foi realizado através do método da Estimativa Rápida.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS *et al.*, 2010).

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF 01, foi construído o plano de ação para o problema escolhido a partir do diagnóstico realizado.

### **7.1 Definição dos Problemas**

Os principais problemas de saúde identificados no município foram a Hipertensão Arterial: 532 hipertensos cadastrados de uma população de 2460 acima de 20 anos de idade, de acordo com dados do SIAB (2010), o que corresponde a 21,26%; o Diabetes: 83 diabéticos cadastrados de uma população de 2460 acima de 20 anos, o que corresponde a 3,37%. Foram registrados 21 casos de alcoolismo, 7 de doença de Chagas, 18 de deficiência física, 10 de epilepsia e 1 de hanseníase. Há também uma prevalência de 15% de idosos (acima de 60 anos) em relação à população total da área assistida. Isto mostra que a população idosa está aumentando, que a expectativa de vida está maior. Uma alta prevalência de cárie dentária em escolares de 2 a 14 anos identificada pela ESB durante o levantamento de necessidades em saúde bucal realizado junto aos escolares da rede municipal e estadual de ensino no ano de 2010 também foi considerada: de um total de 996 escolares examinados, 521 apresentavam a doença cárie dentária instalada.

### **7.2 Priorização dos Problemas**

Os problemas foram identificados, analisados e selecionados (Quadro 2) quanto à prioridade segundo os seguintes critérios:

- Atribuindo um valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- Distribuindo pontos conforme sua urgência;

- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção.

**Quadro 2:** Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF- Unidade 01 da cidade de Araújos – MG.

<b>Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência*</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Risco cardiovascular aumentado (devido ao grande nº de hipertensos)	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de cárie em escolares de 2 a 14 anos	Alta	8	Parcial	1
Grande nº de idosos frágeis	Alta	7	Parcial	2
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	6	Parcial	3
Falta de espaços para lazer	Alta	6	Parcial	3

**FONTE:** A autoria própria (2013).

\*Valores de 0 a 10, sendo 0=menor urgência e 10=maior urgência.

O alto índice de cárie em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos foi o problema selecionado como prioritário pela ESB, pois para os demais problemas já estão sendo realizadas ações de promoção e prevenção.

### **7.3 Descrição do problema**

Para descrever o problema, a ESB juntamente com os demais profissionais do PSF 01 utilizou alguns dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo SIAB e outros produzidos pela própria equipe, conforme mostra o Quadro 3.

**Quadro 3:** Descritivos do problema “índice de cárie dentária aumentada em escolares de 2 a 14 anos - Araújos/MG.

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fonte</b>
População total de Araújos	7.883	IBGE
População total na faixa etária de 0 a 14 anos	1771 (22,47%)	IBGE
Nº de escolares de 2 a 14 anos examinados pela equipe de saúde bucal	996	Registro da UBS – Centro Odontológico Municipal
Nº de escolares de 2 a 14 anos com classificação de risco R1	114 (11,45%)	Registro da UBS – Centro Odontológico Municipal
Nº de escolares de 2 a 14 anos com classificação de risco R2	407 (40,86%)	Registro da UBS – Centro Odontológico Municipal
Nº de escolares de 2 a 14 anos com classificação de risco R3	475 (47,69%)	Registro da UBS – Centro Odontológico Municipal
Nº de escolares examinados sem acesso à água fluoretada	74 (7,4%)	Registro da UBS – Centro Odontológico Municipal
Nº de escolares de 2 a 14 anos examinados que receberam Primeira Consulta Odontológica Programática	170 (17%)	SIAB Registro da UBS – Centro Odontológico Municipal
Nº de escolares de 2 a 14 anos que receberam Ação coletiva de Escovação Supervisionada	3.203 (média mensal: 2,67) Parâmetro: 3,18	SIAB Registro da UBS – Centro Odontológico Municipal

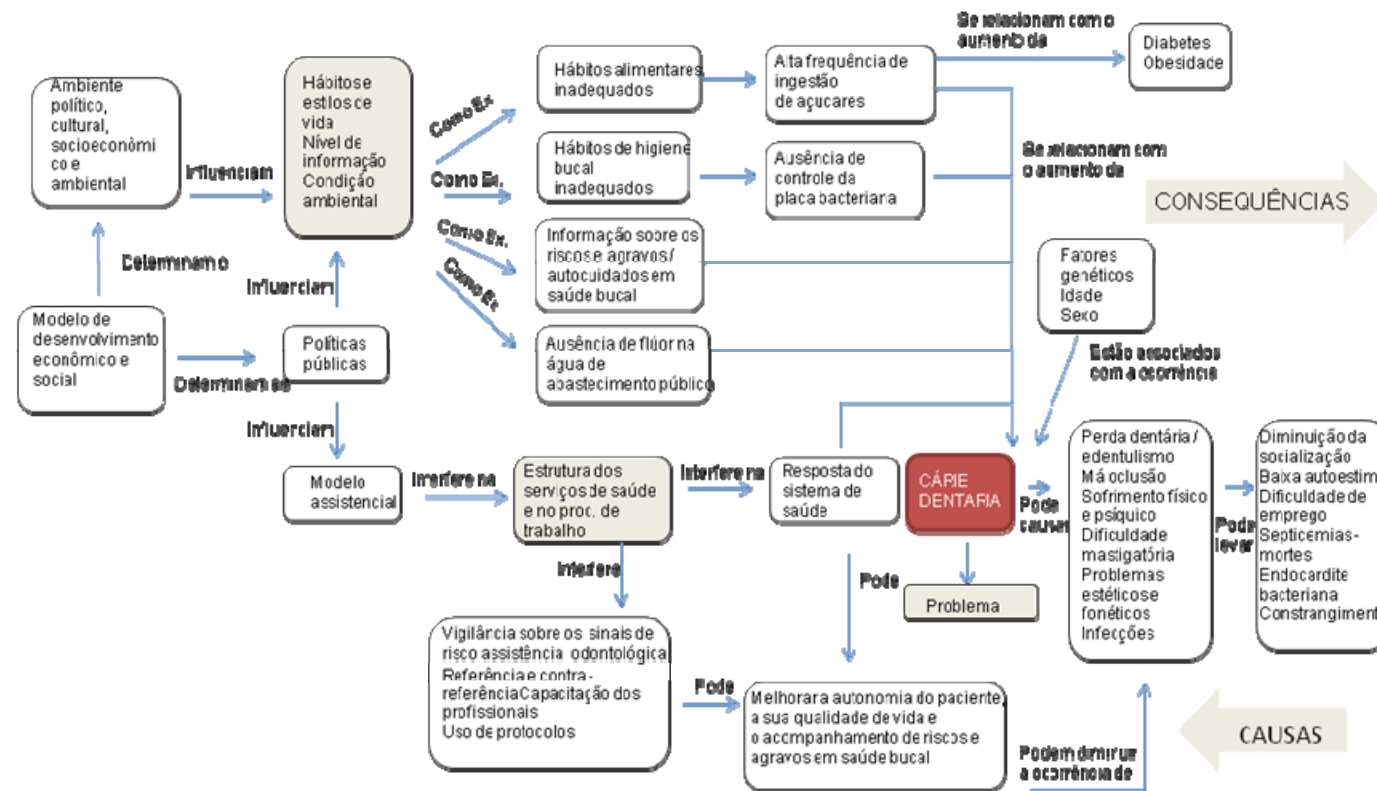
**Fonte:** Autoria Própria (2013).

## **7.4 Explicação do Problema**

Após a descrição e caracterização do problema selecionado pela equipe, o próximo passo foi entendê-lo e explicá-lo melhor. Foi construído um esquema explicativo para entender a gênese do problema através da identificação das suas causas (Figura 1).

Para o filósofo Espinosa, conhecer é conhecer pela causa – o que significa o modo pelo qual algo é produzido. Portanto, conhecer adequadamente uma coisa é conhecer o seu modo de produção (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Figura 1-** Esquema explicativo mostrando as causas e consequências do problema alto índice de cárie em escolares de dois a quatorze anos do município de Araújos-MG.



Fonte: Autoria própria (2013).

A ESB considera que o alto índice de cárie em escolares se deve principalmente à falta de orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal, tanto das crianças quanto de seus cuidadores; aos hábitos alimentares inadequados, com ingestão de alta frequência de açúcares; aos hábitos inadequados de higiene bucal; à ausência de flúor na água de abastecimento público (principalmente da população residente na zona rural); à falta de informação adequada sobre o autocuidado em saúde bucal; à assistência deficiente devido ao número insuficiente de profissionais; à falta de capacitação de profissionais para lidar com o problema de forma humanizada e resolutiva.

### **7.5 Seleção dos “nós críticos”**

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas (CAMPOS *et al.*, 2010).

Um “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS *et al.*, 2010).

A equipe de saúde bucal selecionou os seguintes “nós críticos” do problema principal, a Cárie dentária:

- Hábitos e estilos de vida (Ex: hábitos alimentares e de higiene bucal inadequados);
- Nível de informação deficiente;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

A equipe selecionou estes nós críticos, pois são as situações relacionadas com o problema cárie dentária que a equipe terá alguma potencialidade de ação direta, sobre as quais poderá intervir. Estes nós críticos, quando “atacados”, são capazes de impactar o problema principal (cárie dentária) e efetivamente transformá-lo.

## 7.6 Desenho das Operações

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS *et al.*, 2010).

A partir da explicação do problema é que será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

**Quadro 4 A** - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos-Minas Gerais, 2013: Hábitos alimentares inadequados.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos alimentares inadequados	<b>Alimentação e saúde</b> Mudar hábitos alimentares das crianças (orientar pais e cuidadores)	Diminuir o consumo de açúcares e demais guloseimas, incentivando o consumo de alimentos saudáveis.	Programa “Vida saudável da gestação à infância”; Programa “Merendar com saúde”; Campanha educativa na rádio local (Araminas)	<u>Organizacional</u> : Para organizar os programas; <u>Cognitivo</u> : Conhecimento e informação sobre o tema alimentação saudável e cárie; <u>Financeiro</u> : Para aquisição de folders, cartazes, folhetos educativos, recursos audiovisuais, etc.; <u>Políticos</u> : Interação/parceria com as escolas e creche; conseguir espaço na rádio local

**FONTE:** Aatoria Própria (2013).



**Quadro 4 B-** Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos-Minas Gerais, 2013: hábitos de higiene bucal inadequados.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos de higiene bucal inadequados	<b>Boca limpa, cárie zero</b> Orientar pais, responsáveis e crianças sobre as técnicas corretas de higiene bucal, incentivando o autocuidado.	Reduzir o índice de placa bacteriana, responsável pela cárie dentária. Formação de hábitos de higiene bucal adequados.	Programa “Escovação Supervisionada” com pais, responsáveis e crianças	<u>Organizacional</u> : Para organizar as escovações; <u>Cognitivo</u> : Conhecimento e informação das técnicas corretas de escovação; <u>Financeiro</u> : Para aquisição de folders educativos, fantoches, recursos audiovisuais, Kits de escovação e macromodelos; para construção de escovódromos nas UBS <u>Políticos</u> : Interação/parceria com as escolas e creche;

**FONTE:** Aatoria Própria (2013).

**Quadro 4 C-** Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos-Minas Gerais, 2013: nível de informação.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Nível de informação	<b>Informa +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal	Manter a população informada sobre a saúde bucal	Grupo operativo de gestantes; Capacitação das ACS; Capacitação de monitores de creche e educadores; Campanha educativa na rádio local; Programa “Saúde Bucal na escola” (participação da equipe de saúde nas reuniões de pais)	<u>Organizacional</u> : Para organizar o grupo operativo e as capacitações; <u>Cognitivo</u> : Conhecimento e informação sobre o tema Estratégias de comunicação pedagógicas; <u>Financeiro</u> : Para aquisição de folders educativos, recursos audiovisuais. <u>Políticos</u> : Articulação intersectorial com a Educação e mobilização social

**FONTE:** Autoria Própria (2013).

**Quadro 4 D** - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos-Minas Gerais, 2013: estrutura dos serviços de saúde.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Estrutura dos serviços de saúde	<b>+ Sorriso</b> Melhorar a estrutura dos serviços, para reduzir o nº de cáries, principalmente em crianças	Redução do índice de cárie em crianças.  Aumentar o acesso à escova, pasta dental e fio dental.  Aumentar o acesso ao tratamento odontológico.	Aquisição dos Kits de higiene bucal com frequência para uma oferta constante.  Capacitação profissional.  Contratação de mais profissionais	<u>Financeiro</u> : Para aumentar a oferta de Kits de escovação; aumentar a oferta de consultas e equipamentos odontológicos.  <u>Políticos</u> : Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços.

FONTE: Autoria Própria (2013).

**Quadro 4 E** - Operações necessárias para a solução dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada em escolares de dois a quatorze anos de idade do município de Araújos-Minas Gerais, 2013: processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema	<b>Linha de cuidado- Saúde Bucal</b> Implantar a linha de cuidado em saúde bucal para a criança	Aumentar a cobertura da população infantil (crianças de 0 a 9 anos)	Linha de cuidado para a saúde infantil.  Implantação de protocolos  Capacitação de recursos humanos.	<u>Organizacional</u> : Adequação dos fluxos dos serviços (referência e contrarreferência)  <u>Cognitivo</u> : Elaboração de projeto da linha de cuidado e dos protocolos;  <u>Políticos</u> : Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.

FONTE: Autoria Própria (2013).

## 7.7 Identificação dos Recursos Críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas (CAMPOS *et al.*, 2010).

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano (CAMPOS *et al.*, 2010). A partir da planilha (Quadros 4 A, B, C, D e E) foram identificados os recursos críticos de cada operação e resumidos em outra planilha (Quadro 5).

**Quadro 5** - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema cárie dentária aumentada.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Alimentação e Saúde	<p><u>Econômicos</u>: Para aquisição de material audiovisual, panfletos, folders, folhetos educativos =&gt; financiamento de projetos.</p> <p><u>Políticos</u>: Para conseguir mudanças na merenda escolar e da creche municipal, apoio da nutricionista, espaço na rádio local.</p>
Boca limpa, cárie zero	<p><u>Econômicos</u>: Para aquisição de material audiovisual, folders, macromodelos, folhetos educativos e kits de escovação =&gt; financiamento de projetos.</p> <p><u>Políticos</u>: Articulação intersetorial (c/ a Educação)</p>
Informa +	<p><u>Econômicos</u>: Para aquisição de material audiovisual, panfletos, folders, folhetos e cartilhas educativas=&gt; financiamento de projetos.</p> <p><u>Políticos</u>: Articulação intersetorial (c/ a Educação) e conseguir espaço na rádio local</p>
+ Sorriso	<p><u>Econômicos</u>: Custeio de equipamentos e kits de higiene</p> <p><u>Políticos</u>: Necessidade de mais recursos (financeiros, humanos) para estruturar melhor o serviço.</p>
Linha de cuidado em saúde bucal	<p><u>Políticos</u>: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>

**FONTE:** Autoria Própria (2013).

## 7.8 Análise de Viabilidade do Plano

A análise de viabilidade do plano tem como objetivos:

- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para a implementação de cada operação;
- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Para efetuar a análise da viabilidade do plano, a equipe elaborou um quadro com as operações estratégicas a serem desenvolvidas para viabilizar os recursos críticos necessários para o desenvolvimento de suas operações (Quadro 6: A e B).

**Quadro 6 A-** Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema do alto índice de cárie dentária em escolares de dois a quatorze anos do município de Araújos, Minas Gerais.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Alimentação e Saúde	<u>Econômicos:</u> Para a aquisição de material audiovisual, panfletos, folders, folhetos educativos => financiamento de projetos.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentação do projeto
	<u>Políticos:</u> Para conseguir mudanças na merenda escolar e da creche municipal, apoio da nutricionista, espaço na rádio local.	Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	

**FONTE:** Autoria Própria (2013).

**Quadro 6 B-** Análise de viabilidade dos projetos propostos para solucionar o problema do alto índice de cárie dentária em escolares de dois a quatorze anos do município de Araújos, Minas Gerais.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Boca limpa, cárie zero	<p><u>Econômicos:</u> Para aquisição de material audiovisual, folders macromodelos, folhetos educativos e kits de escovação =&gt;financiamento de projetos.</p> <p><u>Políticos:</u> Articulação intersetorial (c/ a Educação)</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de Educação</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentação do projeto
Informa +	<p><u>Econômicos:</u> Para aquisição de material audiovisual, panfletos, folders, folhetos e cartilhas educativas =&gt;financiamento de projetos.</p> <p><u>Políticos:</u> Articulação intersetorial (c/ a Educação) e conseguir espaço na rádio local</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de educação</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentação de projeto
+ Sorriso	<p><u>Econômicos:</u> Custeio de equipamentos e kits de higiene bucal</p> <p><u>Políticos:</u> Necessidade de mais recursos (financeiros, humanos) para estruturar melhor o serviço.</p>	<p>Prefeitura Municipal</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentar o projeto para a estruturação dos Serviços
Linha de cuidado em saúde bucal	<p><u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	Apresentação do projeto

**FONTE:** Autoria Própria (2013).

## 7.9 Elaboração do Plano Operativo

Este plano operativo do planejamento tem como objetivos designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações. A ESB reuniu todas as pessoas envolvidas no planejamento e definiu, por consenso, a divisão de responsabilidades por cada operação e os prazos para a realização de cada produto conforme o Quadro 7 (A e B).

**Quadro 7 A - Plano Operativo do planejamento: responsáveis e prazos.**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Alimentação e saúde</b>  Mudar hábitos alimentares das crianças (orientar pais e cuidadores)	Diminuir o consumo de açúcares e demais guloseimas, incentivando o consumo de alimentos saudáveis.  Sensibilizar pais e/ou cuidadores	Programa “Vida saudável da gestação à infância”;  Programa “Merendar com saúde”;  Campanha educativa na rádio local (Araminas)	Apresentação do projeto	Equipe de Saúde Bucal  Enfermeira e médico  ACS  Apoio das nutricionistas	Três meses para o início das atividades
<b>Boca limpa, cárie zero</b>  Orientar pais, responsáveis e crianças sobre as técnicas corretas de higiene bucal, incentivando o autocuidado.	Reduzir o índice de placa bacteriana, responsável pela cárie dentária.  Formação de hábitos de higiene bucal adequados.	Programa “Escovação Supervisionada” com pais, responsáveis e crianças	Apresentação do projeto	Equipe de Saúde Bucal  ACS	Três meses para o início das atividades

**FONTE:** Autoria Própria (2013).

**Quadro 7 B - Plano Operativo do planejamento: responsáveis e prazos.**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Informa +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal	Manter a população informada sobre a saúde bucal	Grupo operativo de gestantes; Programa Saúde na Escola Capacitação das ACS; Capacitação de monitores de creche e educadores; Campanha educativa na rádio local;	Apresentação do projeto	Equipe de Saúde Bucal ACS	Dois meses para o início das atividades e término em seis meses
<b>+ Sorriso</b> Melhorar a estrutura dos serviços de saúde	Redução do índice de cárie em crianças. Aumentar o acesso à escova, pasta dental e fio dental. Aumentar o acesso ao tratamento odontológico.	Aquisição dos Kits de higiene bucal com frequência para uma oferta constante. Capacitação profissional. Contratação de mais profissionais	Apresentação de projeto Estruturar a rede	Equipe de Saúde Bucal	Início das atividades em quatro meses
<b>Linha de cuidado- Saúde Bucal</b> Implantar a linha de cuidado em saúde bucal para a criança	Aumentar a cobertura da população infantil (crianças de 0 a 9 anos)	Linha de cuidado para a saúde infantil. Implantação de protocolos Capacitação de recursos humanos.	Apresentação do projeto	Equipe de Saúde Bucal ACS	Início em três meses e término em doze meses

**FONTE:** Autoria Própria (2013).



## 8 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde (BRASIL, 2011).

As diretrizes do Brasil Sorridente apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito de cuidado onde a concepção de saúde deve ser centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Preconiza a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir junto com os usuários dos serviços, a resposta às suas dores, angústias, problemas e aflições, de forma que o processo de trabalho não seja composto apenas por consultas e atendimentos ou procedimentos, mas essencialmente de produção de conhecimento, responsabilização e autonomia dos usuários (BRASIL, 2004, p.3).

Os três grandes levantamentos nacionais realizados em 1986, 1996 e 2003 foram de grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. Contudo, é fundamental que a realização destes estudos faça parte de uma estratégia inserida no componente de vigilância à saúde da Política de Saúde, na perspectiva da construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços (BRASIL, 2011).

Os levantamentos epidemiológicos SB 2003 e SB 2010 demonstraram que a doença cárie está precocemente instalada na cavidade oral das crianças abaixo de cinco anos de idade, ocasionando perda precoce dos dentes decíduos e todas as intercorrências provenientes disto (PATRÍCIO, 2011).

Os resultados do SB Brasil 2010, último levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira, já demonstram os ganhos com o novo

modelo de atenção: na idade de 12 anos, a doença cárie atingia 69% da população em 2003, diminuiu para 56% em 2010; o número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: o CPO-D era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 – uma redução de 25%; em adolescentes, a redução do número de dentes atacados pela cárie, foi de 18 milhões; as necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%; entre os adultos as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores e as necessidades de próteses reduziram-se em 70%. Porém, com relação à dentição decídua, houve manutenção do patamar de dentes tratados de 80% e o ataque de cáries em crianças de cinco anos onde ainda predominam os dentes de leite, passou de 2,8 para 2,3 dentes afetados, com redução de apenas 18% (PATRÍCIO, 2011).

Diante destes dados e dos levantamentos realizados no município de Araújos, esta autora, na função de coordenadora municipal de saúde bucal, conclui que o território investigado necessita colocar em execução, urgentemente, o plano de intervenção proposto neste trabalho, onde se contemplam estratégias de promoção de saúde bucal e prevenção da cárie dentária na população infantil. O processo de trabalho das equipes deve ser multidisciplinar e intersetorial e contemplar ações com reflexo nos fatores de risco, nos fatores determinantes e condicionantes, iniciando-se com a abordagem educativa das gestantes e pais/cuidadores, seguida da realização da odontologia do bebê e da criança, tendo como foco o cumprimento da meta da OMS para 2010 (índice ceo-d com 90% das crianças de cinco anos livres de cárie).

Essa tendência ao decremento na prevalência da cárie no Brasil, semelhante ao observado no mundo, tem sido acompanhada por um fenômeno conhecido como polarização, o qual se caracteriza pela concentração de maiores frequências da doença em pequenos grupos populacionais (BRASIL, 2003), isto é, uma pequena parte da população concentra a maioria das lesões (VIEIRA; KARBAGE, 2011). Isso mostra as desigualdades no acesso às práticas de saúde bucal que, isoladas ou associadas, têm propiciado a redução da cárie: a fluoretação da água de abastecimento, o uso de dentifrício com flúor, o bochecho com flúor, a aplicação tópica de flúor, as mudanças no consumo do açúcar, a adequada limpeza dos dentes e a maior oferta de tratamentos restauradores preventivos, além da melhoria nas condições globais de saúde e qualidade de vida. A identificação desses grupos e a priorização de ações que atendam as suas necessidades representam um desafio enorme para o SUS, o que torna a realização de levantamento epidemiológico uma atividade básica da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2003).

Verifica-se a necessidade de inserção das equipes de saúde bucal dentro das pré-escolas e escolas, promovendo a saúde bucal das crianças em época oportuna, ao mesmo tempo em que fornece aos pais e/ou responsáveis, professores e monitores o conhecimento necessário à aquisição e manutenção de hábitos saudáveis por toda a família, determinando o sucesso dos programas de promoção de saúde bucal.

Ações de promoção de saúde voltadas à primeira infância devem priorizar a educação dos pais/responsáveis, auxiliando na construção de hábitos saudáveis que irão diminuir a ocorrência de doenças e melhorar a saúde de toda a família. Neste sentido, apropriar-se dos conhecimentos, percepções e saberes dos pais e/ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal dos seus filhos, torna-se uma ferramenta estratégica importante para avaliação e planejamento das ações em saúde para esse grupo da população (GUARIENTI *et al.*, 2009).

Os pais são os principais tomadores de decisão a respeito da saúde geral e bucal de seus filhos e suas percepções têm influência importante na prevenção das doenças bucais (ALMEIDA *et al.*, 2010). Faz-se necessário colocar as gestantes em contato com a Odontologia durante o período pré-natal, para que elas recebam toda a orientação profissional necessária e para que sejam encaminhadas ao tratamento preventivo e/ou reabilitador, pois mulheres saudáveis e que saibam se cuidar promoverão a saúde bucal de seus filhos.

A prevenção, desde os primeiros anos de vida, auxilia no desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis, que irão refletir na manutenção da saúde bucal do indivíduo durante toda a sua vida (GARBIN *et al.*, 2011).

Para Medeiros (2003), o primeiro passo dos serviços de saúde para buscarem uma população livre de cárie, é uma gestante bem informada sobre sua saúde bucal e geral, visto que ela é formadora de opiniões e pode determinar a maioria dos comportamentos dos filhos, inclusive da dieta cariogênica e outros hábitos. Sendo assim, é fundamental que o grupo de gestantes seja utilizado pela equipe de saúde para o repasse de conceitos e informações básicas para que as gestantes façam escolhas, tenham atitudes favoráveis que reflitam no nascimento e no desenvolvimento de bebês saudáveis. Ela será multiplicadora de informações e ações que possam tornar o núcleo familiar mais saudável e com maior qualidade de vida.

O flúor é, sem dúvida, um grande colaborador dos profissionais de saúde bucal, pois sua possibilidade preventiva contra as cáries e sua utilização em larga escala beneficiam milhões de pessoas. Contudo, seu uso em ações de saúde pública necessita cada vez mais atenção devido ao risco de ocorrência da fluorose.

A formação de hábitos alimentares saudáveis contribui para a saúde bucal e saúde geral e propicia uma melhor qualidade de vida para as crianças e satisfação para os pais. Tão importante quanto uma dieta saudável são os hábitos de higiene bucal. Eles são fundamentais para uma saúde bucal adequada.

O cirurgião-dentista deve estar preparado para orientar e passar conhecimentos sobre a importância de procedimentos preventivos e visitas regulares ao consultório odontológico. Além disso, é o maior responsável em transmitir informações sobre saúde bucal.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é também uma das formas de reorganização do SUS, através da busca do conhecimento por parte dos profissionais a partir da necessidade de resolução de problemas vivenciados e identificação dos temas sobre os quais necessita de aperfeiçoamento. E é através destes cursos (muitos à distância) que os profissionais estão em constante processo de aprendizado, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender.

No município de Araújos, há a necessidade de serviços mais efetivos de promoção de saúde bucal e prevenção da doença cárie, com a implementação de ações destinadas principalmente aos grupos de maior vulnerabilidade e/ou mais expostos aos fatores de risco.

Bittar *et al.* (2009) ressaltam que para que se tenha uma medida ideal da capacidade de enfrentamento dos problemas públicos é necessário, primeiramente, ter conhecimento da realidade em que se está inserido. Assim, deve-se começar o processo de planejamento com o Diagnóstico Situacional, para que se possa conhecer a realidade dos problemas existentes e, posteriormente, buscar medidas efetivas para minorá-los ou eliminá-los.

A proposição de um plano de intervenção para a prevenção e redução da doença cárie em crianças no município de Araújos, Minas Gerais, proporcionou um repensar das práticas em saúde bucal e das estruturas organizacionais ao que concerne à Equipe de Saúde Bucal, mostrando a necessidade de a equipe refletir sobre suas ações e que o planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações é preciso.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca da qualidade de vida, sabe-se que a prevenção sempre é preferível ao tratamento curativo. As medidas preventivas também englobam um número maior de pessoas, com menor custo. Contudo, o sucesso dos programas de prevenção está intimamente relacionado à atitude da equipe odontológica que deve propiciar um ambiente agradável, tanto para a criança quanto para os pais, e demonstrar interesse e respeito pela autonomia e individualidade do grupo familiar e seus limites (ZAVANELLI, 2000).

Embora existam programas que atuam na prevenção de cárie dentária infantil, as ações de promoção de saúde bucal para crianças ainda são deficientes quando se verifica os altos índices de cárie dentária nos escolares de dois a quatorze anos do município de Araújos.

Quanto mais precocemente for realizada a intervenção, mais satisfatórios serão os resultados. Por isso, é necessário que a promoção de saúde bucal comece com as gestantes, para que ela possa ser motivada para o autocuidado e para os cuidados com a saúde do seu filho.

É importante promover estratégias de promoção e de prevenção para aproximar o usuário e a ESB, bem como capacitar os profissionais que trabalham no município e orientá-los quanto à necessidade de ações preventivas na comunidade.

Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença cárie, conclui-se que:

- O conhecimento da área de abrangência onde se atua é de fundamental importância, pois é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população;
- Toda a equipe de saúde juntamente com a população deve ser mobilizada para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados favoráveis;
- Mudanças de hábitos alimentares e de higiene bucal são necessários para a manutenção da saúde bucal e controle da cárie dentária em crianças;
- Investimentos em recursos humanos para compor a ESB (contratação de mais dentistas e, pelo menos, uma TSB) para que se tenha um atendimento mais humanizado e mais resolutivo;
- Ações intersetoriais são de extrema importância para que sejam somados esforços para se enfrentar os problemas a serem solucionados;

- Ações coletivas de escovação dentária supervisionada e de aplicações tópicas de flúor são recursos efetivos no controle da cárie e viável financeiramente;
- A abordagem familiar é muito importante, de forma que as famílias tenham uma participação ativa no controle das principais doenças bucais.

Espero com este estudo, com esta proposta de plano de intervenção, contribuir para incentivar a prevenção da cárie infantil e a promoção da saúde bucal, levando informações sobre a conscientização e manutenção da saúde bucal para os usuários.

Chegará o dia em que os dentistas passarão a merecer o reconhecimento das pessoas e da sociedade pelo sucesso obtido na preservação das estruturas da boca, e não apenas por serem proficientes em substituir grandes quantidades de tecido e elementos dentários por materiais metálicos, sintéticos ou pelos implantes (BARATIERI, 2007, p. 25).

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.9, sep. 2008.
2. ALMEIDA, T. F.; COUTO, M. C.; OLIVEIRA, M. S.; RIBEIRO, M. B.; VIANNA, M. I. P. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da família, em Salvador – BA, 2008. **Rev Odontol UNESP**, v. 39, n. 6, p. 355-362, 2010.
3. ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.
4. BARDAL, P. A. P.; OLYMPIO, K. P. K.; BASTOS, J. R. M.; HENRIQUES, J. F. C.; BUZALAF, M. A. R. Educação e motivação em saúde bucal – prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. **Dental Press J. Orthod**, Maringá, v.16, n.3, may-june 2011.
5. BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades. 6. ed. São Paulo: Editora Santos, 2007.
6. BARROS, S.G.; CASTRO, A. A.; Pugliese, L. S.; REIS, S. R. A. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesq Odontol Bras**, v.15, n.3, p. 215-222, May-Jun 2001.
7. BITTAR, T. O.; MIALHE, F.L.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **RFO – IPF**; v.14, n.1, p.71-76, jan.-abr. 2009.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 16 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.3, p.113-25, 2003.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p. :Il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; PETUCO, D. R. S. Convivendo com Agentes de Transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Rev Bras Educ Med**, v.30, n.1, p.32-38, 2006.
15. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p.
16. CAVALCANTI, A. L. Cárie dentária na infância. 2003. Disponível em [www.saudenainternet.com.br](http://www.saudenainternet.com.br). Acesso em 20/01/2013.
17. CODATO, L. A. B; NAKAMA, L; JÚNIOR, L. C; HIGASI, M. S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, apr. 2011.
18. CÔRREA, M. S. N. Odontopediatria na 1ª infância. 2. ed. São Paulo: Santos, 2005. 230 p.
19. COSTA, I. C. C. **Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente** [tese]. Araçatuba (SP): Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social/ Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2000.
20. CRUZ, A. A. G.; GADELHA, C. G. F.; CAVALCANTI, A. L.; MEDEIROS, P. F. V. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: Um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande- PB. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.4, n.3, p. 185-189, set./dez. 2004.
21. CYPRIANO, S.; SOUSA, M. L. R.; RIHS, L. B.; WADA, R. S. Saúde bucal dos pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, v.37, p.247-253, 2003.
22. DAVIDOOF, D. C. O.; ABDO, R. C. C.; SILVA, S. M. B. Prevalência de cárie precoce da infância. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 215-221, set./dez. 2005.
23. DIAS, C. R. **Promoção e proteção da saúde bucal na família: o cotidiano da prevenção**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2012. 192 p.
24. FACCIN, D. ; SEBOLD, R. ; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal : em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 1, Jun. 2010.
25. FADEL, C. B. 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.



26. FELDENS, C. A.; KRAMER, P. F.; ABREU, M. E.; ROSSO, E. D.; FERREIRA, S. H.; FELDENS, E. G. Associação entre experiência de cárie em molares decíduos e primeiros molares permanentes. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 2, p.157-163, maio-ago 2005.
27. FELDENS, C. A.; HOMMERDING, L. P. B.; SANTOS, B. Z.; FELDENS, E. G.; VÍTOLO, M. R. Práticas alimentares cariogênicas e fatores associados em crianças do Sul do Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.10, n.2, p. 201-207, maio/ago. 2010.
28. FERNANDES, D. S. C.; KLEIN, G. V.; LIPPERT, A. O.; MEDEIROS, N. G.; OLIVEIRA, R. P. **Motivo do atendimento odontológico na primeira infância**. Stomatos, v.16, n. 30, jan./jun. 2010.
29. FINKLER, M.; OLEINISKI, D. M. B.; RAMOS, F. R. S. **Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes**. Texto completo-enferm., Florianópolis, v.13, n.3, July/Sept. 2004.
30. GAIARSA, J. A. **Educação familiar e escolar para o terceiro milênio**. São Paulo: Agora; 2008.
31. GALINDO, E. M. V.; PEREIRA, J. A. C.; FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife, **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.5, p.199-208, 2005.
32. GARBIN, C. A. S.; LELIS, R. T.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S. A percepção de gestantes em relação à assistência odontológica. **ROPE Rev Int Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec**, v.1, n.3 e 4, p.82-87, 2005.
33. GARBIN, C. A. S.; SUMIDA, D. H.; SANTOS, R. R.; CHEHOUD, K. A.; MOIMAZ, S. A. S. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v.40, n. 4, p.161-165, jul./ago.2011.
34. GRANVILLE-GARCIA, A.F.; LIMA, N. S.; ZISMMAN, M.; MENEZES, V. A. Importância da amamentação: uma visão odontológica. **Arq Odontologia**, v.38, n.8, p. 191-193, Jul-Sep 2002.
35. GUARIENTI, C. A.; BARRETO, V. C.; FIGUEIREDO, M. C. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.9, n.3, p.321-325, set./dez. 2009.
36. GUIMARÃES, M. S.; ZUANON, A. C. C.; SPOLIDÓRIO, D. M. P.; BERNARDO, W. L. C.; CAMPOS, J. Á. D.B. Atividade de cárie na primeira infância, fatalidade ou transmissibilidade? **Ciênc Odontol Bras**, São José dos Campos, v.7, n.4, p. 45-51, out./dez. 2004.
37. HEBLING, J.; TEIXEIRA, H. M.; PIZZOLITTO, A. C. Potencial cariogênico de medicamentos infantis. **ROBRAC**. 2002; 11: 35-9.

38. KUHN, E. **Promoção de saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa- PR**, 2002. 82f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2002.
39. KUHN, E; WAMBIER, D. S. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.7, n.1, p.75-81, jan-abr. 2007.
40. LIMA, J. M C.; SILVA, A. C. B.; FORTE, F. D. S.; SAMPAIO, F. C. **Risco e prevenção à cárie dentária**: avaliação de um programa preventivo aplicado em uma clínica infantil. RGO, Porto Alegre, v. 56, n. 4, p. 367-373, out./ dez. 2008.
41. LIMA, J. E. O. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica. Resultados após 25 anos de acompanhamento. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.14, n.3, Jan./June 2009.
42. LOPES, L. S; ROSSI, T. R.A; CANGUSSU, M. C. T. Ambiente familiar e cárie dentária em pré-escolares do município de Salvador (BA), 2005. **Revista Baiana**, v.33, n.3, p.428-439, jul-set 2009.
43. LOSSO, E. M.; TAVARES, M. C. R.; SILVA, J. Y.; URBAN, C. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v.85, n.4. Porto Alegre, aug. 2009.
44. MAGALHÃES, A. C.; RIOS, D.; HONÓRIO, H. M.; MACHADO, M. A. A. M. Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. **Odontol clin-cientif.**, v. 8, p.245-9. 2009.
45. MASSONI, A. C. L. T.; PAULO, S. F.; FORTE, F. D. S.; FREITAS, C. H. S. M.; SAMPAIO, F. C. Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis. **Pesq Bras Odontoped Clin Integ**, João Pessoa, v.10, n.2, p.257-264, maio/ago. 2010.
46. MEDEIROS E. B.; RODRIGUES, M. J. Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal de seu bebê. **Rev APCD**, 2003; v.57, n.5, p.381-6.
47. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. **Saúde Bucal – Atenção Primária**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 290 p.
48. MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; LAWDER, J. A. C.; LIMA, L. S. M.; BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 1. Jun. 2010.
49. NEVES, B. G.; PIERRO, V. S. S.; MAIA, L. C. Percepções e atitudes de responsáveis por crianças frente ao uso de medicamentos infantis e sua relação com cárie e erosão dentária. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, Sep./oct. 2007.

50. NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saude Publica**, v.18, n.6, p.1639-1646, 2002.
51. OLIVEIRA, A. L. B. M.; BOTTA, A. C.; ROSELL, F. L. Promoção de saúde bucal em bebês. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, p.247-253, set-dez 2010.
52. PALMIER, A.C.; FERREIRA, E. F.; MATTOS, F.; VASCONCELOS, M. **Saúde bucal: Aspectos básicos e atenção ao adulto**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 71p., 2011.
53. PATRÍCIO, M. J. **Uma proposta de intervenção para a manutenção da saúde bucal da criança na Estratégia de Saúde da Família**. 2011. 36f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.
54. PAULA, V. A. C.; MORAES, R. S.; MODESTO, A.; SANTOS, K. R. N.; GLEISER, R. Correlação dos hábitos de dieta e higiene oral de crianças com os níveis de *Streptococcus mutans*. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.9, n.1, p.71-75, jan./abr. 2009.
55. PERES, K. G; BASTOS, J. R; LATORRE, M. R. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública**, v.34, p.402-408, 2000.
56. RIBEIRO, N. M.; RIBEIRO, M. A. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5 (supl): p. 199-210.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a12.pdf> Acesso em: 18/01/2013.
57. SANTIAGO, B. M.; SOUZA, M. I. C.; MEDEIROS, U. V.; BARBOSA, A. R. S. Conhecimento dos médicos pediatras acerca da saúde bucal de bebês. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v.59, n. 2, p. 86-89, mar./abr. 2002.
58. SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do Município de Araújos - Minas Gerais, 2010.
59. SILVA, J. B. O. R. **Saúde Bucal da criança: Um estudo entre profissionais e estudantes da área da saúde e pais**. 2005. 140f. Tese (Doutorando em Odontologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
60. SILVA, C. M.; BASSO, D. F.; LOCKS, A. Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal. **Rev Sul-Bras Odontol**, v.7, n.4, p.458-465, Oct-Dec 2010.
61. SILVEIRA, J. L. G. C. da; OLIVEIRA, V; PADILHA, W. W. N. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma

- prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesqui. Odontol. Bras**, São Paulo, v.16, n. 2, Abr/June 2002.
62. SOUSA, E. M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. Promoção da Saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em saúde bucal. **RFO**, v.12, n.2, p.20-26, maio/agosto 2007.
63. VENÂNCIO, D. R.; GIBILINI, C.; BATISTA, M. J.; GONÇALO, C. S.; SOUSA, M. L. R. Promoção da saúde bucal: desenvolvendo material lúdico para crianças na faixa etária pré-escolar. **J Health Sci Inst.**, v.29, n.3, p.153-156, 2011.
64. VIEIRA, A. P. G. F.; KARBAGE, J. P. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.1, p.10-15, jan./mar. 2011.
65. VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e Programação das Ações de Vigilância em Saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
66. VILHENA, F. V.; SALES-PERES, S. H. C.; CALDANA, M. L.; BUZALAF, M. A. R. Novo protocolo para as ações de saúde bucal coletiva: padronização no armazenamento, distribuição e uso do material de higiene bucal. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, suppl.2, dec. 2008.
67. VOLSCHAN, B. C. G.; SOARES, E. L. Cárie de estabelecimento precoce: Relação entre o biológico e o psicossocial. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebe**, v.6, p.533-540, 2003.
68. ZANIN, L. S. **Avaliação de um programa educativo direcionado a crianças com alto risco à cárie** [dissertação]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 2004.
69. ZAVANELLI, A. C.; CARDIA, D. R. O.; SILVA, E. M. M. A participação familiar na prevenção da cárie. **Revista Unimep/FOL**, v.12, n.1 e 2, jan/dez 2000.