

**Heloisa Maria Oliveira de Freitas Faria**

***ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE BEBÊS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA***

**Belo Horizonte  
2011**

**Heloisa Maria Oliveira de Freitas Faria**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE BEBÊS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

**Orientadora: Viviane Elisângela Gomes**

**Belo Horizonte**

**2011**

## **AGRADECIMENTOS**

**À Deus por cada dia de minha vida e de minha família.**

**Á minha orientadora Viviane Elisângela Gomes pelo exemplo de dedicação à construção do saber e que esteve sempre pronta a me ajudar.**

**Aos meus pais pela minha existência.**

**Ao meu esposo Leandro pela paciência e companheirismo**

**As minhas filhas Bruna, Flávia e especialmente a Isabella que tantos momentos importantes compartilharam comigo.**

**Á toda equipe de professores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.**

**Á Prefeitura Municipal de Contagem por me proporcionar este estudo.**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 A saúde bucal do bebê .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.1 Cárie dentária .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.2 Má oclusão .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Medidas de prevenção da má oclusão e controle da cárie dentária .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Atenção precoce em Odontologia (Odontologia para Bebês) .....</b>	<b>18</b>
<b>4.4 O atendimento odontológico de bebês na atenção primária .....</b>	<b>19</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>6 PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## RESUMO

O objetivo desse trabalho foi criar uma proposta de intervenção baseado em uma revisão da literatura ,que auxilie a organização do atendimento odontológico em crianças de zero a três anos de idade na atenção primária segundo os princípios da promoção da saúde. Foi utilizada a pesquisa bibliográfica por meio do acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). Os descritores utilizados foram: Saúde Bucal; Criança; Bebês; Serviços de Saúde; Cárie Dentária; Má Oclusão. Foram selecionados artigos publicados nos seguintes idiomas: Português, Inglês e Espanhol que versavam sobre a temática. A revisão foi complementada por teses, livros e publicações oficiais. As buscas foram realizadas no período de novembro de 2009 a setembro de 2010.O estudo foi contextualizado no histórico dos modelos assistenciais em saúde bucal, desde o Sistema Incremental até a atualidade. A revisão de práticas assistenciais com a incorporação da família, ampliação da atenção e do acesso as ações de saúde bucal se consolidaram após a implementação do Programa Saúde da Família seguido pela inserção da odontologia no programa por meio da inclusão de Equipes de Saúde Bucal. Os estudos sobre o controle da doença cárie, bem como a prevenção da má oclusão, ressaltaram a importância da família, do cuidado e da informação como formas de gerar conhecimentos e mudança de atitudes. Medidas efetivas para o controle da doença cárie devem ser iniciadas antes da instalação da doença e a informação necessária deve ser agregada para subsidiar ações preventivas e o diagnóstico precoce de crianças mais susceptíveis. A partir deste contexto construiu-se uma proposta de intervenção para Unidades Básicas de Saúde apoiada nos seguintes aspectos: a) promoção de saúde bucal com ações em saúde pública como o acolhimento de bebês na atenção primária; b) busca ativa da clientela adscrita; c) orientação materno-infantil para educação em saúde visando mudança de comportamento em relação à saúde bucal; d) acompanhamento e intervenções preventivas em hábitos alimentares e higiene bucal e e) avaliação e intervenção em hábitos bucais deletérios, aleitamento materno e sua influência na má oclusão.

Descritores: Saúde Bucal; Criança; Serviços de Saúde; Cárie Dentária; Má Oclusão

## ABSTRACT

The aim of this study was to propose an intervention based on a literature review, which facilitates the organization of the dental treatment on children under three years old in primary attention, according to the principles of health promotion. It was used the bibliographic research by means of the access to the Virtual Library of Health (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) in LILACS (Latin-American and Caribbean Literature in Science of Health) database and SCIELO (Scientific Electronic Library Online). The descriptors used were: Oral Health, Children, Babies, Health Services, Dental Caries, Malocclusion. It was selected articles which were published in the following languages: Portuguese, English and Spanish; which are about the topic. The review was supplemented by thesis, books and official publications. Researches were made between November 2009 and September 2010. The study was contextualized in the history of oral health care models, since the incremental system to the present. A review of care practices with the incorporation of the family, expansion of care and access to oral health actions were consolidated after implementation of the Health Program Family followed by the insertion of the dental program through the inclusion of Oral Health Teams. Studies about the control of dental caries, such as and prevention of malocclusion, stressed the importance of family, care and information as ways of generating knowledge and changing attitudes. Effective measures for the control of dental caries should be initiated before the onset of the disease and the necessary information should be aggregated to support preventive and early diagnosis of children most likely to acquire these diseases. From this context it was constructed an intervention proposal for Basic Health Units supported on the following aspects: a) promotion of the oral health with public health actions such as babies care in primary attention, b) active attached customer search c) orientation to maternal-child health education aimed at changing behavior in relation to oral health d) monitoring and preventive interventions in eating habits and oral hygiene and e) assessment and intervention in oral habits, breastfeeding and its influence on malocclusion.

Key words: Oral Health; Child; Health Services; Dental Caries; Malocclusion

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, inspirada nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, estabeleceu uma seção sobre a saúde legitimando-a como “direito de todos e dever do Estado”. Provendo condições de promoção, proteção e recuperação da saúde como um direito fundamental do ser humano e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e princípios operacionais (descentralização dos serviços e participação social) (BRASIL, 1990).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado, em 1994, como estratégia prioritária para a organização da Atenção Primária de acordo com os preceitos do SUS. De acordo com Starfield (2002) a Atenção Primária deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário.

Por meio da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De acordo com essa Política a Atenção Básica caracteriza-se por (BRASIL, 2006):

“(…) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.”

Cabe ressaltar que desde quando surgiu o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), na Declaração de Alma-Ata, ele tem passado por diversas interpretações. No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica. O Estado de Minas Gerais também denominou Atenção

Primária à Saúde visando agregar valor a esse nível da atenção, uma vez que esse é centro coordenador da lógica poliárquica do processo estadual de organização das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006). Nesse estudo será adotada a denominação Atenção Primária.

Durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS, deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2006). Entretanto, o estabelecimento de um novo modelo de organização baseado em princípios tão sólidos e bem definidos não poderia privar a saúde comunitária e de família desse direito. Assim, a ampliação da atenção e acesso às ações de saúde bucal de forma integral ao indivíduo e a sua família, foi estabelecida quando as Equipes de Saúde Bucal (ESB) passaram a participar da estratégia Saúde da Família. A Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, determinou o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às Equipes Saúde da Família (ESF) (COSTA et al., 2006).

A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família promove a criação de espaços para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção (Brasil, 2006).

A saúde bucal da população brasileira sofreu conseqüências graves pela falta de políticas específicas e este fato foi demonstrado pelos resultados do último levantamento epidemiológico em saúde bucal que revelaram uma triste realidade, principalmente para os adultos e idosos (Brasil, 2004). Diante desse contexto, a necessidade da reorganização dos serviços de saúde se mostrou eminente, com a perspectiva de promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços, utilizando como ferramentas saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a família e a defesa da vida (COSTA et al., 2006).

A Federação Dentária Internacional (FDI) estabeleceu metas com relação à saúde bucal, para o ano 2000 (FDI, 1982). O Brasil atingiu apenas a meta para cárie dentária aos 12 anos de idade, ou seja, a meta era que nessa idade o CPOD deveria ser menor ou igual a três e as crianças brasileiras apresentaram CPOD = 2,78. Ainda assim, a cárie dentária nessa idade representa um problema de saúde pública, com marcantes diferenças macrorregionais, pois mesmo nas regiões (Sul e Sudeste) com



os melhores índices, cerca de 3/5 dos dentes atingidos pela doença estão sem tratamento. Com relação às demais idades índices e grupos etários, as condições de saúde bucal não atingiram as metas, inclusive o percentual de crianças livres de cárie entre os cinco e seis anos de idade, onde a meta era de 50% de livres de cárie e o percentual verificado no Brasil foi de 40,62% e 44,92% na região sudeste (BRASIL, 2004).

A prevalência de cárie dentária em bebês, entre 18 e 36 meses, demonstrou que essa população merece ser incluída na atenção odontológica, pois no Brasil foi de 26,85% e na região sudeste 23,23% (BRASIL, 2004).

Com relação à má-oclusão aos cinco anos, a grande maioria da população apresenta oclusão normal ou anomalias leves, sendo de 16% no Brasil e 19% na região sudeste (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, de acordo com a situação vivenciada na URSF (unidade de referência em saúde da família) onde a autora trabalha, encontramos uma demanda de crianças de zero a três anos de idade com alto índice da doença cárie, juntamente com mães que apresentavam muitas dúvidas sobre a saúde bucal de seus bebês. A partir de então, foi feita a escolha deste tema para tentar encontrar uma solução viável em saúde pública, que viesse à resolver os problemas desta parcela da população. Considerou-se a necessidade da inclusão efetiva da população infantil nos programas de atenção à saúde bucal, fazendo com que a abordagem familiar e a intersetorialidade no atendimento criassem novas práticas que promovam a prevenção, o controle das doenças bucais e a qualidade de vida.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Propor a organização do atendimento odontológico a crianças menores que três anos de idade na atenção primária baseado nos princípios da promoção da saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Realizar uma revisão da literatura sobre saúde bucal de bebês.

Propor estratégias que auxiliem na assistência odontológica a crianças menores que três anos.

### **3 METODOLOGIA**

A abordagem familiar e a intersectorialidade no atendimento devem criar novas práticas promovendo a prevenção, o controle das doenças bucais e a qualidade de vida para população infantil. A necessidade de atendimento em saúde bucal, nas práticas odontológicas do SUS, para este público específico tem sido enfatizada por diversos estudos.

A metodologia utilizada para este estudo foi a pesquisa bibliográfica por meio do acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os descritores utilizados foram: Saúde Bucal; Criança; Bebês; Serviços de Saúde; Cárie Dentária; Má Oclusão. Foram selecionados artigos publicados nos seguintes idiomas: Português, Inglês e Espanhol que versavam sobre a temática. A revisão foi complementada por teses, livros e publicações oficiais. O período pesquisado foi de novembro de 2009 a setembro de 2010.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 A saúde bucal do bebê

#### 4.1.1 Cárie dentária

Os principais fatores envolvidos na instalação e evolução da cárie são a presença de hospedeiro susceptível (dentes), placa bacteriana cariogênica e consumo freqüente de sacarose. A placa dental formada sobre os dentes, as trocas iônicas entre as estruturas dentais e o meio bucal, e as flutuações de pH determinam os episódios de desmineralização e remineralização, fazendo com que a cárie seja considerada um processo natural e onipresente. Diante deste contexto tem sido aceito o conceito de que a cárie dentária é uma doença que não pode ser prevenida e sim controlada (FEJERSKOV, 1997).

A cárie de estabelecimento precoce, segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD, 2008), é classificada como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes da idade de 71 meses. A cárie de natureza rampante, progressiva e aguda, se manifesta em superfícies dentárias lisas com ou sem cavidade, em crianças de zero a cinco anos de idade, acometendo mais de quatro superfícies de dentes decíduos anteriores. Esse tipo de manifestação da doença cárie é denominado cárie severa na infância (CSI). A CSI substituiu o termo anteriormente conhecido como “cárie de mamadeira”.

A infecção por *Streptococcus mutans* tem sido considerada um dos principais fatores associados à etiologia da doença cárie. A transmissão vertical de *S. mutans*, que ocorre principalmente da saliva das mães ou de cuidadores com altos níveis de microorganismos, pode infectar precocemente as crianças. O contato inicial com *S. mutans* ocorre, na maioria das crianças, em torno dos 26 meses de idade. Esse período em que pode ocorrer a contaminação evidencia uma discreta “janela de infectividade” (CAUFIELD et al., 1993).

A predisposição genética parece também ter relação com a susceptibilidade à cárie (DAVIES, 1998). A composição genética dos *S. mutans* de crianças com CSI parece conferir maior virulência a tais microorganismos do que nas cepas encontradas em crianças livres de cárie (SAXENA, 2008).

Segundo Plutzer e Spencer (2008) o desenvolvimento da CSI na criança está associado a hábitos como o uso irrestrito de mamadeira, dormir mamando (sucos de frutas industrializados, chás adoçados, leite fermentado e leite com carboidratos fermentáveis como farináceos e açúcar). Para Tiberia et al. (2007) e (THYLSTRUP e

FERJESKOV, 1995), manter os líquidos açucarados na boca por um período prolongado de tempo principalmente durante o sono, paralelamente à dificuldade na higiene dental da criança constituem os hábitos que mais contribuem para o desenvolvimento da CSI.

O uso contínuo e noturno de medicamentos que contém sacarose por crianças que possuem doenças crônicas também foi associado à CSI (HEBLING et al., 2002). No Brasil, a maioria dos medicamentos pediátricos apresenta pH menor que 5,5 e grande concentração de sacarose (variação de 11,21 a 62,46%), o que contribui para o estabelecimento e desenvolvimento da cárie dentária (COSTA et al., 2004).

A presença de defeitos de esmalte tem sido considerada um fator de risco para a cárie dentária (LI et al., 1995;QUINONEZ et al., 2001).

De acordo com Freitas (2001) a imunossupressão provoca um aumento da susceptibilidade à cárie, principalmente nas crianças que necessitam de tratamentos oncológicos ou reumatológicos.

Segundo Peres e Latorre et al (2000), diversas são as pesquisas que estabelecem uma forte associação entre experiência de cárie e indicadores socioeconômicos.

O nível de escolaridade dos pais e a educação materna estão relacionados à prevalência de cárie dentária. Mattila et al. (2000) encontraram maior possibilidade de filhos com ceod igual a zero quando as mães eram mais velhas, tinham maior escolaridade e ocupação profissional mais elevada.

São muitas as conseqüências decorrentes da CSI, considerando que o desenvolvimento dessas lesões causa dor, trauma psicológico, infecção e perda prematura dos dentes (BEZERRA et al., 2003). A dor interfere na qualidade de vida e no dia a dia da criança como comer, brincar, faltar à escola e também o sono (EDELSTEIN et al., 2006).

Segundo Johnsen et al. (1986) o acometimento da cárie precoce em dentes anteriores leva ao comprometimento da oclusão, pois quando há ausência dentária na região ântero-superior ocorrem a fonação e deglutição atípicas, provocando aceleração ou atraso na erupção dos dentes permanentes. No entanto a perda precoce dos molares decíduos leva a dificuldade mastigatória e a perda de espaço do dente sucessor, existindo também a associação a atividades posteriores de carie na dentição permanente.

A saúde geral da criança poderá ser comprometida devido ao risco de bacteremia, nos casos de infecção dentária ocorridas durante intervenções, mastigação ou durante a escovação, relacionadas a alterações sistêmicas como diabetes e endocardite (NAKANO et al., 2007). Crianças com CSI podem apresentar

peso e estatura menores quando comparadas a crianças livres de cárie (AYHAN et al., 1996).

A SES-MG (2007) considera como fatores de risco a cárie dentária: fatores culturais e socioeconômicos; falta de acesso ao flúor (principalmente à escovação com dentifrício fluoretado); consumo freqüente e excessivo de açúcar; e xerostomia.

#### 4.1.2 *Má-oclusão*

A perda precoce dos dentes decíduos pode acarretar sérias conseqüências para a dentição permanente. Deve-se considerar a grande importância da dentição decídua para o correto desenvolvimento e crescimento dos arcos maxilares, estabelecimento correto da oclusão, da mastigação e fonação (ABDO et al., 1998).

A dimensão vertical de oclusão sofre alteração quando existem lesões cáries extensas, decorrentes da CSI, nos incisivos superiores (ROBKE, 2008). A perda precoce dos dentes posteriores tem como conseqüência a perda do espaço para o dente permanente sucessor e a dificuldade mastigatória (JOHNSEN et al., 1986).

O diagnóstico precoce de hábitos deletérios durante a primeira dentição é de grande importância e deve ser trabalhado no processo educativo. Os hábitos deletérios não causam alterações irreversíveis quando retirados até os três anos.

Para a MG (2007) os hábitos associados à má-oclusão são:

- a) Sucção de chupeta - pode causar problemas de oclusão como mordida aberta anterior, deglutição atípica e mordida cruzada posterior;
- b) Sucção digital – dependendo da freqüência e intensidade pode provocar má-oclusão, muitas vezes inicia-se na vida intra-uterina e pode continuar após o nascimento levando à protusão dos dentes ântero-superiores, mordida aberta e deformação do palato;
- c) Deglutição atípica - acontece quando a língua se projeta entre os incisivos ou caninos e pré-molares, os lábios e os músculos se contraem, ocorre a mordida aberta anterior e modificação na fonação;
- d) Respiração Bucal – pode ser causada pela obstrução de via aérea superior preexistindo uma adenóide, rinite alérgica ou amigdalite, o palato fica estreito, profundo e o lábio superior hipotônico e hipertrofiado pela exposição do ar;
- e) Sucção do lábio inferior – ocorre a protrusão da maxila com retrusão da mandíbula, a lábio-versão dos incisivos superiores e linguo-versão dos incisivos inferiores;
- f) Hábito de dormir com a mão, braços ou almofada sob o rosto – relacionados ao crescimento assimétrico da face;

g) Hábito de sustentação da cabeça com auxílio da mão apoiando com o cotovelo para ver televisão - provoca alteração no desenvolvimento da mandíbula.

#### **4.2 Medidas de prevenção à má-oclusão e controle da cárie dentária**

Segundo Czernay et al. (2003) a amamentação materna favorece o desenvolvimento dento - facial, permitindo a obtenção de uma oclusão dentária normal e mastigação correta no futuro.

Os benefícios do aleitamento materno possibilitam a prevenção de problemas ortodônticos porque exercita os músculos faciais, favorece a instalação da respiração nasal e o crescimento harmônico da face, prevenindo assim a respiração bucal, a deglutição atípica, a má oclusão e as dificuldades de fonação. O bebê já nasce com o reflexo de sucção e a amamentação sacia a sua necessidade de sugar e lhe dá prazer, reduzindo assim a instalação de hábitos deletérios (GAVA-SIMIONI et al., 2001; SES-MG, 2007).

O aleitamento natural é o método de alimentação infantil que oferece mais benefícios para a criança nos aspectos físicos, psicológicos e fisiológicos.

O contato corporal de mãe/filho durante o período de amamentação transmite segurança para a criança assim como afetividade e bem-estar. O leite materno é um alimento nutritivo que promove o desenvolvimento e crescimento do bebê e fornece proteção contra infecções e alergias. O aleitamento natural deve ser exclusivo e oferecido em livre demanda até os seis meses de vida (Tollara et al., 1998).

O uso da mamadeira pode causar problemas de oclusão, confusão de bicos com o seio da mãe o que arremete ao fato do desmame prematuro, ausência do estímulo correto para musculatura e ossos da face e desenvolvimento de deglutição atípica (KING 1997).

O sucesso de um programa de motivação depende de técnicas adequadas, da participação direta do profissional e da constância no processo educacional. Com esta abordagem o objetivo é a instalação de hábitos saudáveis ao invés da modificação de hábitos inadequados, na maioria das vezes, adotados devido a fatores sócio-culturais (MASSAO et al., 1996; ZUANON et al., 1999).

Para eleger a melhor forma de descontinuidade do hábito deve ser feita uma abordagem familiar sugerindo o uso de medidas não traumáticas para sua remoção. Em alguns casos de hábitos deletérios, a criança deve ser encaminhada para o diagnóstico médico e tratamento. Em outros, apenas a avaliação e o abandono do hábito durante a primeira dentição promoverá a auto correção da má oclusão MG, (2007).

Serino et al. (1997) sugerem que quando houver o uso da mamadeira ou a amamentação no seio, as crianças não sejam colocadas para dormir com a mamadeira e que se evite a amamentação no seio após a erupção do primeiro dente, usando a xícara após um ano e, portanto, desacostumando as crianças ao uso da mamadeira aproximadamente com um ano de idade.

Czernay et al. (2003) sugerem, no caso da impossibilidade da criança ser amamentada, a substituição da mamadeira por outros métodos de aleitamento artificial desde o nascimento, como copos ou xícaras.

Mais um benefício provido pelo aleitamento materno pode ser a redução na prevalência de defeitos de esmalte (SKINNER e HUNG, 1989). Foi sugerido que o leite materno é uma excelente fonte de vitamina D e a deficiência crônica dessa vitamina na dieta foi associada ao aumento na prevalência de hipoplasia (GRAHNEN et al., 1974; ROBERTS et al., 1981).

O consumo inteligente do açúcar deve ser estabelecido o mais cedo possível, pois a cárie severa na infância tem sido relacionada à introdução precoce de açúcar na dieta de bebês (NELSON-FILHO et al. 2001; VASCONCELOS et al. 2004;).

A higiene bucal no bebê tem por finalidade a remoção de restos alimentares e a manutenção da cavidade bucal saudável e ajuda ainda no estabelecimento do hábito de higiene e após a erupção dos primeiros dentes a placa bacteriana deverá ser desorganizada. Martins et al. (1998) afirmam que apesar de a cavidade bucal não ser colonizada por bactérias cariogênicas antes da erupção dentária, é importante que a cavidade bucal seja limpa e a gengiva massageada. A higienização da boca do bebê deve ser feita no máximo uma vez ao dia de preferência após a última mamada, pois a presença de imunoglobulinas liberadas pelo leite protege o assoalho da mucosa bucal contra as infecções.

Serino e Gold. (1997) orientam que a higiene bucal do bebê seja realizada com gaze limpa colocada em volta do dedo que deverá limpar a gengiva e dentes recém erupcionados, pelo menos uma vez ao dia.

A presença de placa bacteriana visível na superfície vestibular de incisivos superiores está associada à CSI e deve sempre ser removida (CHAN et al., 2002). Independente do tipo de aleitamento que a criança receba a partir da erupção dentária, a limpeza bucal deve ser iniciada evitando o acúmulo de placa bacteriana, além de condicionar a criança à prática de higiene bucal (WENDT et al., 1994).

Cabe ressaltar que uso de fluoretos exerce um papel importante no controle da cárie dentária e que

“(…) No contexto brasileiro, a base dos sistemas de prevenção de cárie, segundo a lógica da associação de métodos, assenta-se na associação



da água com os dentifrícios fluoretados, buscando-se permanentemente a universalização do acesso regular a esses meios de obtenção de flúor (...)” (BRASIL, 2009).

O uso do dentifrício fluoretado, segundo a MG (2007), deve ser introduzido pelos pais a partir da erupção dos primeiros molares decíduos, apenas uma vez ao dia preferencialmente a noite, por volta de um ano e meio de idade. A quantidade utilizada deve ser mínima possível, do tamanho de um grão de arroz. O uso do flúor deve ser controlado em termos de quantidade e de frequência de escovação, visto que até os seis anos de idade, a criança ainda deglute a maior parte do dentifrício durante a escovação. Até esta idade, o dentifrício fluoretado, sempre deve ser utilizado com a supervisão de um adulto para que a criança seja orientada a não engolir o mesmo. Estas atitudes diminuiriam o risco de fluorose dentária, que ocorre devido a toxicidade crônica devido ao flúor durante a formação do esmalte, e pode resultar clinicamente em opacidades e hipoplasias fluoróticas nos dentes permanentes (CURY, 2001).

A Academia Americana de Pediatria (2008) não recomenda a suplementação de flúor durante o período de aleitamento materno exclusivo pois já é suficiente a concentração de flúor no leite humano. Segundo Spak et al (1984), a concentração de flúor no leite materno é repassada para a criança em 0,2 por cento da dose recebida pela mãe.

A prevenção da cárie severa na infância pode iniciar no período de gestação. O desenvolvimento dos dentes decíduos inicia no período de vida intra-uterina do bebê, dessa forma, é importante que haja um controle das doenças infecciosas e da dieta materna para que a saúde do bebê seja preservada. A avaliação odontológica da gestante é fundamental para motivar o auto-cuidado e a promoção da saúde, a fim de controlar os níveis de *S. mutans* e diminuir a transmissão precoce de bactérias cariogênicas para seus bebês (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2008).

A alta prevalência de cárie em bebês justifica a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância, que visem manter a saúde bucal dessas crianças (BARROS et al. 2001).

Segundo Wei e Anderson (1982) “a infância é particularmente importante para a manutenção das estruturas dentais na dentição permanente”. E, as medidas educativas que visem a mudança de hábitos alimentares e a higienização bucal do bebê devem ser centralizadas nos pais (MEDEIROS, 1993).

### **4.3 Atenção precoce em Odontologia (Odontologia para Bebês)**

A assistência odontológica pública no Brasil, dos anos 50 ao fim dos anos 80 era voltada somente para os escolares (na maioria das vezes, com Sistema Incremental) e, para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada. A participação dos municípios nos modelos assistenciais em saúde bucal, passou a ter um papel relevante a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o incremento da municipalização das ações de saúde.

A atenção precoce no Brasil teve seu início frente à importância de se fazer o controle efetivo da cárie dentária na dentição decídua. Uma das primeiras experiências do modelo de atenção precoce foi a implantação da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná, em 1985 (WALTER et al., 1991). Neste modelo, era realizado o atendimento de crianças antes do primeiro ano de vida, incluindo as gestantes e enfatizando a orientação familiar com o intuito de oferecer cuidados preventivos desde o nascimento da criança. Houve resultados significativos na redução da prevalência e gravidade da cárie, pois o programa introduziu uma nova mentalidade nos profissionais e nos usuários, na medida em que estes passaram a procurar o serviço para atividades preventivas com uma maior frequência. Devido ao grande sucesso do programa Bebê-clínica da UEL, a experiência foi estendida para o município de Cambé (PR) e também apresentou bons resultados.

A atenção precoce em odontologia reduziu a exclusão de crianças menores de seis anos dos programas de saúde bucal, que se justificava em virtude do conhecimento limitado sobre o desenvolvimento da doença cárie, e também por critérios operacionais (praticidade de se atender somente escolares de primeiro grau). A idéia de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não guardava nenhuma relação com a dentição permanente originou o raciocínio de que não havia necessidade de cuidados com a dentição decídua (TEMPONI e DRUMOND, 1997).

Sob o ponto de vista operacional e técnico, a contribuição que as experiências de atenção precoce têm demonstrado, para a redução na prevalência das doenças bucais, em particular a cárie dentária, tem sido de grande valia.

Entretanto, a implantação das clínicas de bebês em vários municípios do Brasil, sem critérios e sem vínculos com as ações de saúde bucal de forma contextualizada tem sido observada. Em estudos recentes, realizados em seis experiências de clínicas de bebês no serviço público e universidades do Brasil, Temponi e Drumond (1997) concluíram que grande parte dos programas não está inserida em projetos globais de saúde e integrada nas três esferas do governo. Além disso, existe um número cada vez maior de municípios implantando clínicas de bebês sob a justificativa de atenção precoce, correndo o risco de ser um modelo excludente como ocorreu no passado. Um

modelo assistencial deve ser vinculado às ações de saúde da unidade básica e não tornar-se a única forma de acesso da população aos serviços. Portanto, é imprescindível que haja programação na implantação dos modelos para se evitar a exclusão de usuários Nickel et al., (2008).

Quando a atenção precoce em Odontologia é implementada de forma planejada e sistematizada essa obedece a lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade dentro das práticas do serviço. Se a abordagem preventiva for excludente, sem abordar toda uma população, corre o risco de gerar modelos pouco resolutivos e ineficientes (BELLINI, 1991; REDE CEDROS, 1992)

Em acréscimo, a integração com a equipe multidisciplinar (intersectorialidade) não pode somente contribuir como meio de divulgação e acesso da população alvo ao programa (TEMPONI e DRUMOND, 1997).

#### **4.4 O atendimento odontológico de bebês na atenção primária**

A longitudinalidade é um dos princípios da Atenção Primária que está ligado à necessidade de atenção a todos os usuários de uma área de abrangência ao longo de suas vidas pelos profissionais da equipe de saúde. Isso significa que os profissionais devem possuir o entendimento do processo saúde-doença, das variações de abordagens em relação a todas as faixas etárias, e da importância de se desenvolver um trabalho multiprofissional que enfoque o usuário como um todo MG,( 2007).

Dentro desse contexto, a organização da atenção à saúde bucal tem sido realizada por meio do ciclo de vida do indivíduo, o qual deve ser iniciado ainda no período gestacional. O primeiro ciclo de vida para a MG,(2007) inclui bebês de zero a 12 meses e o Ministério da Saúde inclui bebês de zero a 24 meses (BRASIL, 2006).

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas com a participação da equipe multidisciplinar de saúde, para que não haja a criação de programas de saúde bucal específicos somente para este grupo etário, evitando que ocorram de forma isolada e vertical da área médica-enfermagem (BRASIL, 2006).

A abordagem familiar é a mais adequada para a promoção da saúde e controle das doenças. Tendo em vista que a presença de hábitos tem grande significância no contexto da família, torna-se mais fácil trabalhar a aquisição de hábitos saudáveis no nível familiar do que individualmente, principalmente no que se refere a hábitos comuns. A necessidade do enfoque familiar é essencial considerando que as crianças, na faixa etária de zero a três anos, aprendem por meio da observação do comportamento dos pais MG(2007).

As mulheres se ocupam diretamente dos filhos com atribuições específicas, inclusive a amamentação, tendo grande valor no espaço familiar. Os homens são trabalhadores, provedores e chefes da família. A família valoriza-se como espaço de acolhimento, segurança e cuidado, de transmissão da cultura e valores, de garantia de educação (CAPONI, 2000).

As ações de proteção à saúde bucal na infância devem fazer parte dos programas da área materno-infantil procurando sempre o envolvimento ativo dos pais (PINTO VG, 2000). Para que o ambulatório de saúde materno-infantil consiga a redução do índice de cárie em crianças e a promoção da saúde, faz-se necessário a interação multidisciplinar, visando atitudes mais saudáveis no âmbito familiar (CORDEIRO et al., 2002).

A prevenção sem educação/informação, certamente não será efetiva, pois enquanto não se dividir responsabilidades, haverá o risco de uma série de intervenções. Considera-se a infância como o melhor momento para a criação de hábitos saudáveis, através de programas que reforcem a opinião de que a cooperação é necessária para assegurar a saúde dentária (MARTINS et al. 1998). E cabe ressaltar que os hábitos alimentares adquiridos na primeira infância estão relacionados com hábitos da mãe e com o grau de conhecimento em saúde (CUNHA et al., 2000), reforçando, dessa forma, a relevância das ações multidisciplinares.

Zuanon et al. (1999) acreditam que o sucesso de um programa de motivação depende de técnicas adequadas, participação direta do profissional e constância no processo educacional.

A atenção odontológica precoce é uma importante estratégia de redução das seqüelas de doenças bucais levando a diminuição dos custos do tratamento necessário (SAVAGE et al., 2004). De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, realizada em 2003, aproximadamente 80% de crianças menores de cinco anos nunca haviam realizado uma consulta odontológica (IBGE, 2004).

Edelstein et al. (2006) relataram que os baixos níveis sócio-econômicos estavam positivamente associados à menor procura por atendimento odontológico.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* (2008) preconiza que a primeira consulta odontológica seja entre seis meses e 12 meses de idade, para que a família seja orientada quanto à promoção da saúde e os fatores de risco relacionados à doença cárie. Segundo Gayotto (1999) a consulta odontológica nessa fase da vida do bebê pode prevenir ainda o estabelecimento de maus hábitos alimentares, deformidades ósseas na face, problemas oclusais e ortodônticos.

As metas de promoção de saúde serão alcançadas quando orientações odontológicas estiverem voltadas para primeira infância, período ideal para introduzir bons hábitos e fixar padrões de comportamento já existindo orientações para vida intra-útero. Um comportamento de risco, com relação à dieta e /ou higiene bucal, estabelecido no primeiro ano da vida tende a se manter durante toda a infância (ALALUUSUA, 1994). O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão da literatura possibilitou um levantamento de medidas efetivas para o controle da doença cárie, iniciando antes da instalação da doença e agregando informação necessária para subsidiar ações preventivas e o diagnóstico precoce de crianças mais susceptíveis.

O estudo apontou para a necessidade da incorporação de hábitos saudáveis e adequados na rotina de crianças visando a promoção da saúde bucal e a diminuição de lesões cariosas na primeira infância.

## **6 PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE**

### **a) Promoção de saúde bucal com o acolhimento de bebês na atenção primária**

Para facilitar o acesso aos serviços odontológicos e possibilitar o atendimento às crianças de pouca idade será necessário a interação entre os profissionais da equipe de saúde da unidade.

Será feito um trabalho de conscientização com a população dentro dos grupos operativos já existentes na unidade para esclarecimento da implantação do programa de promoção em saúde bucal para crianças de zero a três anos.

Haverá o treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) voltado para a orientação sobre a importância da promoção da saúde bucal.

A equipe de saúde da unidade: médicos pediatras, ginecologistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais funcionários da unidade serão esclarecidos e orientados sobre a implantação, viabilidade, necessidade de interação e acesso das crianças de zero a três anos ao consultório odontológico.

As gestantes também serão alvo das ações preventivas, tratamento e orientação para que sejam agentes de promoção de saúde bucal dentro do âmbito familiar.

O diálogo e a participação serão os pontos chave para a adequação do programa à realidade de cada indivíduo.

### **b) Busca ativa da clientela adscrita de zero a três anos**

- Ações de capacitação dos ACS para que se tornem multiplicadores de informação e consigam agregar familiares interessados com a proposta de atendimento;

- Orientação para a equipe de enfermagem, que normalmente tem o primeiro contato com o bebê, para encaminhá-lo à equipe de saúde bucal onde o mesmo será acolhido e fará o acompanhamento odontológico.

- Utilização da guia de referência e contra-referência pelos pediatras e ginecologistas para o encaminhamento de bebês e gestantes ao consultório odontológico.

- Participação do dentista e sua equipe em grupos operativos na unidade de saúde para orientação e busca ativa da clientela.

### **c) Orientação materno infantil para educação em saúde visando mudança de comportamento em relação à saúde bucal e promovendo saúde ao núcleo familiar.**

As ações preventivas e educativas na primeira infância poderão influenciar positivamente a saúde do indivíduo durante toda sua vida, dessa forma a orientação sobre os cuidados com a saúde bucal dentro do âmbito familiar reforça atitudes que servirão de motivação e exemplo para os bebês.

Fornecer informações e motivação será primordial para influenciar o perfil materno e provavelmente resultará em mudanças de atitudes que poderão diminuir os custos com tratamentos odontológicos mais invasivos no futuro. Muitas mães ainda desconhecem causas que acabam levando à cárie precoce em seus filhos como a não higienização desde cedo da boca de suas crianças e não conhecendo a importância do bebê receber assistência odontológica no primeiro ano de vida.

**d) Acompanhamento e intervenções relacionadas ao controle da doença cárie**

A primeira consulta odontológica deverá ser realizada aos três meses de idade com retorno trimestral quando o bebê estiver fazendo somente a consulta de rotina. Este retorno poderá ser estendido ou reduzido de acordo com a realidade de cada bebê, para trabalhar os fatores de risco para a doença cárie, promovendo a educação junto ao núcleo familiar. As crianças que entrarem para o programa após esta idade serão atendidas e o seu retorno seguirá o mesmo critério.

As intervenções serão planejadas após a consulta de cada bebê e adequadas a sua realidade levando em consideração a rotina diária da família e sua condição social.

**e) Avaliação e intervenção sobre os hábitos bucais deletérios**

As informações sobre os hábitos bucais da criança deverão ser coletadas durante a anamnese e a intervenção será feita a longo prazo, para que se torne uma atitude natural para o bebê. A mãe ou o cuidador será orientado sobre todo malefício causado por hábitos deletérios. As consultas de retorno servirão para o acompanhamento, prevenção e controle tanto da cárie dentária como da má oclusão. Este retorno para avaliação será realizado de acordo com a realidade de cada criança.



## REFERÊNCIAS

ABDO R, NUNES D, SALLES V. Cárie rampante, etiologia e soluções de tratamento. **Rev Univ Alfenas**. 1998;4:159-163.

ALALUUSUA S, MALMIVIRTA R. Early plaque accumulation: a sign for caries risk in young children. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1994; 22(5 Pt 1): 273-276.

American Academy of Pediatric Dentistry. **Policy on early childhood caries (ECC):classifications, consequences and preventive strategies**. 2008. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies-Guidelines/P-ECCClassifications.pdf>. Acesso em 13/01/2010.

ARDENGUI TM et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, RS, BRASIL. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(1): 150-156.

AYHAN H, SUSKAN E, YILDIRIM S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J Clinic Pediatr Dent**. 1996;20: 209-212.

BARROS SG, CASTRO ALVES A, PUGLIESE LS, REIS SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. 2001;15 (3): 215-222.

BELLINI, HAMILTON T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. **Biblioteca da ABOPREV**, Fasc. 3. maio 1991.7p.

BEZERRA AC, LEALI SC, DE TOLEDO OA. Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos de especialização em Odontopediatria no Brasil para a cárie severa da infância. **Rev ABENO**. 2003;4:57-62.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>. Acesso em 05/02/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17**; Série A. Normas e Manuais Técnicos. 92 p. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>. Acesso em 28/03/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/sbdados.zip>>. Acesso em 28/11/09.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/livro\\_guia\\_fluoretos.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf)>. Acesso em 20/03/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 10 p.

CAPONI S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

CAUFIELD WP, FIGUEIREDO MC, CRUZ IC. A relação transmissibilidade da doença cárie entre mães e seus filhos adotivos. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**. 2005; 11(1):15-27.

CHAN SCL, TSAI JSJ, KING NM. Feeding and oral habits of preschool children in Hong Kong and their caregiver's dental knowledge and attitudes. **Int J Paed Dent** 2002;12(5):322-323.

CORDEIRO MLVP, FERREIRA SLM, ABREU AMOW. Médicos pediatras: sua contribuição à promoção de saúde bucal infantil. **Pediatr Atual**. 2002;15(6):24-6.

COSTA CC, ALMEIDA IC, RAYMUNDO MS, FETT R. Análise do pH endógeno, da acidez e da concentração de sacarose de medicamentos pediátricos. **Rev Odonto Cienc**. 2004;19:164-9.

COSTA JFR, CHAGAS LD, SILVESTRE RM. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana

da Saúde, 2006. 67 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11). Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf)>. Acesso em 29/03/10.

CUNHA RF, DELBEM ACB, PERCINOTO C, SAITO TE. Dentistry for babies: A preventive protocol. **Journal of Dentistry for Children**. 2000; 67(2): 89-92.

CURY JA. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri, N. **Odontologia Restauradora – fundamentos e possibilidades**. 1ª ed. São Paulo: Santos, 2001. p.56-62.

CZERNAY APC, NOGUEIRA DA, SHARDOSIM LR, BOSCO VL. Pode o copo substituir a mamadeira como método alternativo de aleitamento artificial para bebês? **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. 2003;6:235-239.

DAVIES GN. Early childhood caries - a synopsis. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1998;26:106-116.

EDELSTEIN B, VARGAS CM, CANDELARIA D, VEMURI M. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. **Pediatr Dent**. 2006; 28:431-437.

EDELSTEIN BL. Access to dental care for Head Start enrollees. **J Public Health Dent**. 2000; 60:221-229.

FDI. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **International Dent J**. 1982; 32(1): 74-77.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. An epidemiological index of development defects of dental enamel (DDE Index). **Int Dent J**. 1982;32(2): 159-167.

FEJERSKOV O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1997; 25: 5-12.

FERREIRA SLM. **Avaliação das condições de saúde bucal de crianças com desnutrição intra-uterina**. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2003.

FREITAS SF. Discussão: uma história social da cárie. In: Freitas SF. **História social da cárie dentária**. Bauru: EDUSC; 2001. p. 89-112

GAVA-SIMIONI LR, JACINTO SR, GAVIÃO MBD, PUPPIN RONTANI MR. Amamentação e odontologia. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. 2001;4(17):125-131.

GAYOTTO AP. Correção de dentes deve ser feita cedo. **Folha de São Paulo**. 1999 Nov. 28; Caderno Ribeirão: 9

GRAHNEN H, SJOLIN S, STENSTROM A. Mineralisation defects of primary teeth in children born pre-term. **Scand J Dent Res**. 1974;82: 396-400.

HANNA LMO, NOGUEIRA AJS, HONDA VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**. 2007; 55(3): 271-274.

HEBLING J, TEIXEIRA HM, PIZZOLITTO AC. Potencial cariogênico de medicamentos infantis. **ROBRAC**. 2002;11:35-39.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas municipais e revisão 2004 da projeção da população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27072004estimativas2004.htm>>.

Acessado em 17/02/2010.

JOHNSEN DC, GERSTENMAIER JH, DISANTIS TA, BERKOWITZ RJ. Susceptibility of nursing caries children to future approximal molar decay. **Pediatr Dent**. 1986;8:168-170.

KING FS. Como ajudar as mães a amamentar. Londrina:**AMREF**;1997.

KÖHLER B, ANDRÉEN I. Influence of caries-preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children. **Arch Oral Biol**. 1994;39:907-911.

KUHN E, WAMBIER DS. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr**. 2007; 7(1): 75-81.

KUHN E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa – PR. Dissertação**. Fundação

Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Estadual de Ponta Grossa, Rio de Janeiro, 2002. 77p.

BEZERRA AC, LEAL SC, DE TOLEDO OA. Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos de especialização em Odontopediatria no Brasil para a cárie severa da infância. **Rev ABENO**. 2003;4:57-62.

LI Y, NAVIA JM, BIAN JY. Prevalence and distribution of development enamel defects in primary dentition of Chinese children 3-5 years old. **Community Dent Oral Epidemiol** 1995;23(2):72-79.

LOESCHE W. Role of Streptococcus mutans in human dental decay. **Microbiol Rev**. 1986;50:353-380.

LOSSO EM, TAVARES MC, DA SILVA JY, URBAN CA. Severe early childhood caries: an integral approach. **J Pediatr**. 2009; 85(4):295-300.

MACIEL et al. Prevalência da cárie precoce na infância em crianças de 6 a 36 meses em creches públicas de Caruaru/PE. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. 2007;7(1): 59-65.

MARTINS ALCF, TESSLER APCV, CORRÊA MSNP. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: Corrêa MSNP. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos; 1998.

MASSAO, JM, SUED ML, GIORDANO DV, GAMA RS, SANTOS RA, CARNEIRO AA. Filosofia da clínica de bebês da Unigranrio-RJ. **Revista Brasileira de Odontologia**. 1996;53(5): 6-13.

MATTILA ML, RAUTAVA P, SIILLANPAA M, PAUNIO P. Caries in five-years old children and associations with family-related factors. **J Dent Res**. 2000;79:875-881.

MEDEIROS UV. Atenção odontológica para bebês. **Revista Paulista de Odontologia**. 1993;15(6): 18-27.

MELLANDER M, NOREN JG, FREDEN H, KJELLMER I. Mineralization defects in deciduous teeth of low birthweight infants. **Acta Paediatr Scand**.1982;71(5):727-733.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção em Saúde Bucal**. -2. Ed. - Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.290 p.

NAKANO K, NOMURA R, NEMOTO H, MUKAI T, YOSHIOKA H, SHUDO Y, et al. Detection of novel serotype k Streptococcus mutans in infective endocarditis patients. **J Med Microbiol.** 2007;56:1413-5.

NELSON-FILHO. P, QUEIROZ AM, MUSSOLINO VM. Avaliação dos hábitos alimentares em crianças portadoras de cárie de mamadeira. **J Bras Odontol Odontoped Bebê.** 2001;4(17): 30-35.

NICKELI DA, LIMA FG, SILVA BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2008; 24(2): 241-246.

OLIVEIRA AGRC et al. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. **Ação Coletiva.** 1999;2(1): 9-14.

PERES KG, BASTOS JR, LATORRE M R. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev Saúde Pública.** 2000;34: 402-408.

PINTO VG. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2000. cap. 4, p.99-137.

PLUTZER K, SPENCER A. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2008;36:335-346

QUINONEZ RB, KEELS MA, VAN WF JR, MCLVER FT, HELLER K, WHITT JK. Early childhood caries: analysis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. **Caries Res.** 2001;35:376-383.

REDE CEDROS. **O que fazer nos municípios?** Cadernos de Saúde Bucal, CEDROS, 1992. 22p.

VOLPATO LER, FIGUEIREDO AF. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant,** 2005; 5(1):45-52.

RIBEIRO EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am Enfermagem** 2004; 12(4): 658-664.

ROBERTS CC, CHAN GM, FOLLAND D, RAYBURN C, JACKSON R. Adequate bone mineralization in breastfeed infants. **J Pediatr.** 1981;99: 192-196.

ROBKE FJ. Effects of nursing bottle misuse on oral health. Prevalence of caries, tooth malalignments and malocclusions in North-German preschool children. **J Orofac Orthop.** 2008;69:5-19.

SAVAGE MF, LEE JY, KOTCH JB, VANN Jr. WF. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. **Pediatrics.** 2004; 114:418-423.

SAXENA D, CAUFIELD PW, LI Y, BROWN S, SONG J, NORMAN R. Genetic Classification of Severe Early Childhood Caries Using Subtracted DNA Fragments from *Streptococcus mutans*. **J. Clin. Microbiol.** 2008;46:2868-2873.

SERINO RJ, GOLD SB. Infant and early childhood oral health care. **A New York State Dental Journal.** 1997; 2: 34-35.

SKINNER MF, HUNG J T W. Social and biological correlates of localized enamel hypoplasia of the human deciduous canine tooth. **Am J Phys Anthropol.** 1989; 79:159-175.

SPAK CJ, EKSTRAND J, HARDEL LI. Fluoride balance studies on infants in a 1ppm water fluoride area. **Caries Res.** 1984;18:87-92.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEMPONI A, DRUMOND RSP. **Programas de saúde bucal para bebês: uma análise de relatos de pesquisa.** XIII ENATESPO/II Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva. Cuiabá-MT, 1997.

THYLSTRUP A, FERJERKOV O. **Cariologia clínica.** 2ª ed. São Paulo, SP: Santos; 1995. p. 209-217.

TIBERIA MJ, MILNES AR, FEIGAL RJ, MORLEY KR, RICHARDSON DS, CROFT WG, et al. Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool seeking care. **Pediatr Dent.** 2007; 29:201-208.

TOLLARA MN, CORRÊA MSNP, BÖNECKER MJS, CARVALHO GD. Aleitamento natural. In: Corrêa MSNP. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos; 1998. p. 71-86.

VASCONCELOS NT, MELO T, GAVINHA S. Estudo dos fatores etiológicos das cáries precoces da infância numa população de risco. **Rev Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. 2004;45(2):69-77.

WALTER LRF, GARBELINI ML, GUTIERREZ MC. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. **Divulgação em saúde para o debate**. 1991; 6:65-68.

WEI SHY, ANDERSON TA. Nutrition and dental health. In Stewart RE, Barber K, Troutman KC, Wei SHY. **Pediatric Dentistry:scientific foundations and clinical practice**. London: Mosby, 1982. cap.32, p.561-575.

WENDT LK, HALLONSTEN AK, KOCH G, BIRKHED D. Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status in infants and toddlers. **Scan J Dent** 1994;102(5):269-273.

WHO (World Health Organization). **Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI**, Indonésia:WHO. 1997.

ZUANON ACC, MALAGOLI DM, GIRO EMA. A importância do reforço constante na motivação do paciente. **JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**. 1999;2(9): 391-396.